Seria *Psihologie* este coordonată de Adrian Neculau.

Ion Dafinoiu este conferenţiar, cancelar al Facultăţii de Psihologie şi Ştiinţele Educaţiei, şeful catedrei de Psihologie Medicală şi Psihopedagogie Specială din cadrul Universităţii „Al.I. Cuza", Iaşi; preşedinte al Societăţii Române de Hipnoză Clinică, Relaxare şi Terapie Ericksoniană, vicepreşedinte al Asociaţiei Române de Psihoterapie. De acelaşi autor: *Sugestie şi hipnoză* (Editura Ştiinţifică şi Tehnică, 1996), *Elemente de psihoterapie integrativă* (Editura Polirom, 2000).

www.polirom.ro

Editura POLIROM
Iaşi, B-dul Copou nr. 4, P.O. BOX 266, 6600
Bucureşti, B-dul I.C. Brătianu nr. 6, et. 7, P.O. BOX 1-728, 70700

Descrierea CIP a Bibliotecii Naţionale a României:

DAFINOIU, ION

Personalitatea. Metode calitative de abordare. Observaţia şi interviul /
Ion Dafinoiu – Iaşi: Polirom, 2002

248 p., 24 cm (Collegium. Psihologie)
Bibliogr.

ISBN: 973-683-885-4

159.923

Printed in ROMANIA

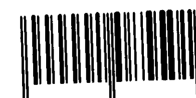
Ion Dafinoiu

PERSONALITATEA

Metode calitative de abordare

•

Observaţia şi interviul



POLIROM
2002

Tablă de materii

CUVÂNT ÎNAINTE

Nu vei găsi graniţele sufletului
chiar parcurgând toate căile sale,
atât de profund este discursul său...

Heraclit

Personalitatea este astăzi studiată cu ajutorul unei diversităţi de abordări, tehnici şi metode. Deşi, în mod evident, cercetarea psihologică a personalităţii datorează deosebit de mult psihometriei şi psihologiei dinamice – care i-au inspirat primele dezvoltări – ea este astăzi stimulată de concepte şi ipoteze care provin din domenii diverse : sociologie, antropologie, biologie, criminologie, filosofie etc.

Majoritatea specialiştilor din domeniu sunt de acord cu faptul că evaluarea personalităţii este un demers complex care poate atinge un nivel de coerenţă satisfăcător, cu condiţia acceptării unor compromisuri care au drept consecinţă elaborarea unei *imagini parţiale* a funcţionării personalităţii. Se poate pune astfel accentul pe ceea ce *spune* sau *face* individul pe care dorim să-l cunoaştem, pe analiza proceselor *conştiente* sau *inconştiente*, pe evaluarea structurilor *stabile* sau a aspectelor *dinamice*, dar, cu greu – dacă nu chiar imposibil – putem avea în vedere toţi parametrii personalităţii.

Controversele provocate de abordarea clinică a personalităţii îşi au originea în obiectivul pe care aceasta şi l-a propus : *cunoaşterea şi înţelegerea personalităţii în totalitatea sa*. Şi, întrucât „nu dispunem niciodată de o informaţie exhaustivă asupra unei persoane, clinica nu ar putea fi nici predată nici edificată ! ” (Reuchlin, 1992).

Cred că nu trebuie să opunem caracterul holist al abordării clinice relativităţii cunoaşterii noastre. Psihologia clinică este, pur şi simplu, partea cunoaşterii psihologice ce contrabalansează tendinţele psihometrice care fac din personalitate o sumă de scoruri parţiale, pierzând persoana printre mediile grupurilor studiate. Adepţii metodei experimentale şi ai tehnicilor psihometrice – care îşi propun să evidenţieze adevăruri factuale, măsurabile şi verificabile, prin studierea relaţiei stimul-răspuns, uită că, în psihologie, stimulul (situaţia) reprezintă un ansamblu de semnificaţii care, la fel ca şi răspunsul, implică întreaga istorie *unică* a fiecărui subiect studiat. Răspunsurile la chestionarele standardizate care conduc la rezultate statistice cu mai multe zecimale au la bază introspecţia, autoevaluarea – atât de condamnate de experimentalişti !

Ştiinţa psihologică se va achita de obiectivul său – acela de a-i ajuta pe oameni să se cunoască mai bine, să se adapteze şi să acţioneze mai eficient – doar în măsura în care va şti să oscileze într-o manieră controlabilă între individual şi general, calitativ şi cantitativ, idiografic şi nomotetic. Pacientul nu se află în faţa noastră (ca terapeuţi) pentru a dovedi adevărul teoriilor noastre – spunea deseori M. Erickson. Clinicianul – orientat

de teorii şi principii ştiinţifice şi conştient de limitele acestora – trebuie să „descopere" persoana concretă din faţa lui fără să o înghesuie în patul procustian al teoriei la care aderă.

În abordarea clinică, psihologul clinician este cel mai important „instrument". Pentru a produce rezultate valide, subiectivitatea lui trebuie să fie una „disciplinată", iar această disciplină se dobândeşte printr-o formare profesională corespunzătoare. Volumul de faţă oferă studenţilor în psihologie, psihologilor, dar şi profesioniştilor din alte domenii ştiinţifice socio-umane (pedagogi, medici, sociologi etc.) ocazia de a lua contact cu două dintre cele mai utilizate metode clinice de abordare a personalităţii : **observaţia** şi **interviul**. El va fi urmat de un al doilea volum care va cuprinde celelalte metode clinice : **metoda biografică, studiul de caz, tehnicile proiective**.

Deoarece abordarea clinică presupune, în egală măsură, evaluare şi intervenţie – prezentarea metodelor şi-a propus să acopere, pe cât posibil, utilizarea acestora atât în scop diagnostic, cât şi pentru provocarea unor schimbări.

Principiul care a orientat scrierea acestei cărţi a fost cel al complementarităţii dintre abordarea experimentală, psihometrică, pe de o parte, şi abordarea clinică, idiografică şi calitativă, pe de altă parte. De aceea, atât observaţia, cât şi interviul sunt prezentate din ambele perspective. În condiţiile în care abordarea clinică devine din ce în ce mai mult „un fel de a acţiona, simţi şi proceda", evidenţierea deopotrivă a valenţelor clinice şi psihometrice ale metodelor prezentate este în acord cu spiritul holist al abordării clinice şi cu tendinţele integrative manifestate în domeniul evaluării personalităţii.

Ion Dafinoiu

Iaşi, decembrie 2001

Soţiei şi fiicei mele

Capitolul I

EVALUAREA PERSONALITĂŢII. SCHIŢĂ ISTORICĂ

Dezvoltarea capacităţii de a înţelege şi de a face predicţii privind comportamentul oamenilor a fost susţinută deopotrivă de interese personale imediate, dar şi de interese sociale mai generale.

Domeniul evaluării personalităţii - ca efort *sistematic* de înţelegere şi predicţie a comportamentului indivizilor - are o lungă istorie.

1. Metode preştiinţifice

Astrologia - încercarea de a prezice viitorul prin observarea stelelor şi a altor corpuri cereşti - îşi are originea, se pare, în Mesopotamia de acum două milenii şi jumătate.

Convingerea că stelele sunt, de fapt, zei puternici i-a condus pe antici la credinţa că problemele oamenilor pot fi prorocite studiind cerul, că personalitatea şi cursul evenimentelor din viaţa fiecărui individ pot fi determinate prin consultarea *horoscopului* (configuraţia stelelor în momentul naşterii). Au apărut horoscoape care prezic evenimente pe termen scurt (o zi, o săptămână etc.), dar şi adevărate manuale pentru perioade mai lungi.

Dezvoltarea cunoaşterii ştiinţifice a redus foarte mult interesul pentru astrologie, deşi horoscoapele continuă să stârnească pasiunea multor oameni.

Ideea că vieţile oamenilor sunt predeterminate de configuraţia stelelor în momentul naşterii pare foarte naivă şi nu există nici un argument serios în favoarea vreunei relaţii între personalitatea cuiva şi momentul naşterii sale. De ce atunci persistă această credinţă (spre disconfortul multor psihologi)? Un posibil argument ar fi aşa-numitul efect Barnum[1]. Alt argument îl constituie fascinaţia generală pe care unele idei legate de cosmos sau cu referire la supranatural o exercită asupra oamenilor. În plus, s-a creat o adevărată industrie care aduce profituri uriaşe prin exploatarea acestor credinţe.

Pentru a elucida mecanismele psihologice care asigură succesul astrologilor, Van Rooij (1994) a realizat un experiment interesant. Autorul a pornit de la „postulatul" astrologic conform căruia persoanele născute sub un semn „pozitiv" (Berbec, Gemeni, Leu, Balanţă, Săgetător, Vărsător) ar fi personalităţi extravertite, în timp ce persoanele născute sub un semn „negativ" (Taur, Rac, Fecioară, Scorpion, Capricorn, Peşti) ar fi personalităţi introvertite. Pentru a verifica această afirmaţie, Van Rooij a utilizat două eşantioane de peste 200 persoane. Concluziile cercetării au fost următoarele : persoanele cărora astrologia le este familiară îşi atribuie automat caracteristicile postulate de credinţa populară ; astfel, autodescrierile spontane confirmă faptul că ei se aseamănă portretelor

1. Meehl (1956) a utilizat expresia „efect Barnum" pentru a „condamna acele proceduri clinice fals valide în care descrierile pacientului cu ajutorul unor probe sunt realizate astfel încât să se potrivească în mare măsură pacientului sau oricui în virtutea caracterului lor banal, şi în care orice inferenţă mai puţin banală, dar probabil eronată, este ascunsă în contextul afirmaţiilor sau negărilor care sunt recepţionate cu încredere pur şi simplu din cauza preţuirii lor din partea populaţiei".

astrologice. Se poate spune deci că astrologii au mai puţine şanse să se înşele cu persoanele care cred în astrologie.

Similară astrologiei este *tehnica bioritmurilor* - o metodă de predicţie dezvoltată iniţial de Wilhelm Fliess (coleg al lui Freud) şi promovată ulterior de George Thommen (1973). Conform teoriei bioritmurilor, eficienţa de fiecare zi este determinată de poziţia a trei „cicluri" - fizic, emoţional şi mental - care sunt fixate în funcţie de momentul naşterii şi care, prin urmare, nu pot fi modificate. Pentru că fiecare din aceste cicluri are perioada sa, pot apărea zile foarte proaste, când toate ciclurile au o curbă descendentă, sau zile foarte bune, când acestea au o curbă ascendentă. Utilizând computerele programate să calculeze respectivele cicluri, oamenii pot să identifice aproape instantaneu eficienţa lor potenţială pentru orice zi.

Nu există nici o dovadă clară a faptului că această schemă ar putea furniza informaţii utile şi numeroase studii empirice au demonstrat că, într-adevăr, aşa stau lucrurile. Desigur, modificări ale nivelului energetic şi motivaţional se produc. Ceea ce este de neconceput, după cercetările recente din domeniul biologiei, este ca structura acestei schimbări să fie strict legată de momentul naşterii. Totuşi, la fel ca şi în cazul astrologiei, „teoria" bioritmurilor şi-a găsit numeroşi adepţi, generând o industrie profitabilă.

Chiromanţia - se referă la determinarea caracteristicilor unui individ prin interpretarea variatelor neregularităţi, linii, adâncituri, semne etc. ale mâinii. Chiromanţia a funcţionat ca un adevărat sistem standardizat de cunoaştere a personalităţii în China - cu trei milenii înaintea naşterii lui Hristos. În chiromanţie, cea mai mare importanţă o au liniile palmei şi ridicăturile dintre aceste linii. Fiecare „semn" este interpretat într-o manieră specifică. Astfel, dacă „Movila lui Saturn" este mare, atunci putem vorbi despre înţelepciune, bogăţie, prudenţă. Prin „citirea" acestor semne, chiromanţistul furnizează o descriere a personalităţii uşor de înţeles. În diverse cărţi se găsesc totuşi hărţi destul de diferite ale celor două mâini. Absenţa completă a oricărei explicaţii rezonabile pentru diversele interpretări - combinată cu faptul, demonstrat, că ridicăturile palmei şi celelalte caracteristici ale mâinii pot fi schimbate de exerciţiile fizice ori muncile dominant manuale - justifică includerea chiromanţiei în categoria superstiţiilor.

Totuşi, există mulţi oameni care afirmă că practică această străveche artă şi în multe librării mai pot fi găsite broşuri cu informaţii din domeniul chiromanţiei. Se pare că multe din succesele prezentate de chiromanţi depind, totuşi, de abilitatea lor de a interpreta o serie de indicatori care se referă la voce, ţinută generală şi îmbrăcăminte, şi care sunt mai relevanţi pentru evaluarea personalităţii decât „semnele" din palmă. Dar există şi posibilitatea ca „specialistul" în chiromanţie să ofere afirmaţii generale comune („Deşi aveţi o mare afecţiune pentru părinţi, au existat momente de mare dezacord.") care sunt valabile pentru orice client.

Frenologia - arta evaluării personalităţii prin măsurarea aspectului exterior al craniului a cunoscut o dezvoltare deosebită în urma lucrărilor lui Franz Joseph Gall[2], medic şi anatomist german - în a doua jumătate a secolului al XVIII-lea.

2. F.J. Gall (1758-1828). Numele „frenologic" a fost inventat de dr. Thomas Forster şi a fost adoptat de Johan Gaspar Spurzheim în 1815. Gall însuşi nu a folosit niciodată termenul, ci s-a referit la doctrina sa cu denumirea de „organologie", „cranioscopie" sau, mai des, „fiziologia creierului" (*cf.* G. Allport, 1981, p. 59).

Teza principală a lui Gall era că în creierul omului se află locul în care se realizează controlul comportamentului. Această idee este astăzi acceptată de majoritatea psihologilor. Totuşi, în secolul XIX modul de funcţionare a creierului nu era pe deplin înţeles, iar teoriile existente atunci acordau prioritate ideilor localizaţioniste conform cărora în creier există arii strict specializate şi bine delimitate în realizarea unor funcţii şi procese. Diversele denivelări observate la suprafaţa craniului - spune Gall - corespund mărimii şi gradului de dezvoltare a unor arii cerebrale şi deci pot fi utilizate pentru evaluarea unor caracteristici ale individului, inclusiv a trăsăturilor de personalitate.

De pildă, o protuberanţă a craniului în zona „prieteniei" va indica un individ sociabil, prietenos. La fel ca astrologia şi chiromanţia, frenologia dă practicienilor ei posibilitatea de a realiza o evaluare *completă* a personalităţii. Teza de bază privind specificitatea funcţională a ariilor cerebrale şi modelarea craniului în funcţie de aceasta a fost categoric invalidată de cercetările ştiinţifice ulterioare, discreditând astfel teoria care fundamentează frenologia.

Gall a utilizat un demers empiric pentru dezvoltarea teoriei sale. El a încercat, cu ajutorul observaţiei, să relaţioneze comportamentul de funcţionarea cerebrală şi forma craniului. Pentru a-şi culege informaţiile, el a examinat craniile unor persoane vii, dar a procedat şi la autopsie pentru a studia craniul şi creierul persoanelor decedate. Gall a studiat şi craniile persoanelor internate în spitale pentru boli psihice, în închisori, ale elevilor din şcoli şi din alte locuri unde putea găsi indivizi cu deficienţe deosebite sau cu o înzestrare aptitudinală excepţională, sperând să identifice relaţii constante între forma craniului şi caracteristicile psihocomportamentale.

Deşi cercetările lui Gall se înscriu printre primele încercări lăudabile de dezvoltare a unei ştiinţe empirice a evaluării personalităţii, ele evidenţiază şi pericolul utilizării unor observaţii personale neverificate ca singură sursă de informaţii într-un demers ştiinţific. Nevoia unei validări concurente a observaţiilor personale - adică a unei demonstrări obiective a aceleiaşi relaţii în situaţii independente de către alţi observatori - este deosebit de stringentă în continuare.

În mod paradoxal, nu lipsa validităţii ştiinţifice a ideilor lui Gall a determinat cele mai serioase obiecţii, ci conflictul cu unele idei filosofice umaniste. Criticii teoriei lui Gall au subliniat că poziţia lui Gall nu era doar ipotetică, ci netestabilă, de nedovedit, şi că, acceptând totuşi că ar putea fi dovedită, ea ar fi *imorală*. Confirmarea frenologiei - evidenţiază aceşti critici - ar implica o acceptare a ateismului şi fatalismului şi o negare a responsabilităţii morale. Asemenea idei sunt în acord şi cu perspectivele moderne asupra determinismului comportamentului uman.

Validitatea ştiinţifică a teoriei frenologice a fost contestată de multe cercetări. Amintim doar cercetarea efectuată cu un secol în urmă (1901) de Charles Goring care, utilizând metode statistice extrem de sofisticate, a comparat 3000 criminali din închisorile britanice cu 1000 studenţi de la Universitatea Cambridge. Aceste comparaţii nu au evidenţiat diferenţe fizice semnificative între grupurile amintite.

Utilizarea semnelor fizice stabile pentru evaluarea caracteristicilor personalităţii este comună atât chiromanţiei, cât şi frenologiei. Căutarea unor relaţii clare între unele atribute fizice ale individului şi caracteristicile personalităţii sale îşi are originea în teorii mai vechi privind relaţia dintre spirit şi corp. Amintim, ca exemplu, **teoria „umorilor"** a lui Hipocrate (400 î.Hr.) şi Galenus (150 d.Hr.). Aceştia, în concordanţă cu filosofia epocii, care considera că întreaga natură este compusă din patru elemente fundamentale

(aer, pământ, foc şi apă) au afirmat că în corpul omenesc amestecul „umorilor" (*hormones*) ce reprezintă aceste elemente determină temperamentul. În funcţie de dominanţa uneia dintre cele patru „umori" (sânge, bilă neagră, bilă galbenă, flegmă) temperamentul poate fi **sanguin**, **melancolic**, **coleric** sau **flegmatic**.

Deşi cercetările moderne privind fiziologia corpului uman au făcut din teoria „umorilor" o teorie desuetă, ideea că personalitatea umană reprezintă o reflectare a corpului fizic poate fi regăsită în lucrările moderne ale lui Sheldon şi ale colegilor săi (Sheldon, Stevens & Tucker, 1940). **Teoria somatotipurilor** a lui Sheldon împarte oamenii în trei tipuri mari : **ectomorful** - care este subţire şi fragil ; **mezomorful** (atletic) - are oasele şi muşchii mari şi o constituţie „pătrată" ; **endomorful** - are organele digestive şi alte cavităţi ale corpului mari, o constituţie „rotunjită", dar este relativ slab ca dezvoltare a oaselor şi muşchilor.

Conform acestei teorii, fiecare tip ideal are o personalitate specifică. Astfel :

- endomorful se caracterizează printr-un tip de personalitate *visceroton* : relaxare, dragoste pentru confort, reacţie lentă, gurmand, sociabilitate, amabilitate, automulţumire, somn adânc, are nevoie de ceilalţi când este tulburat ;
- mezomorful este caracterizat prin trăsături de personalitate de tip *somatoton* : autoafirmare puternică, dragoste pentru aventură, energie, nevoie de exerciţiu, îi place să domine, dragoste pentru risc şi noroc, maniere directe, curaj, caracter zgomotos, nevoie de acţiune când are probleme ;
- ectomorfului i se asociază trăsături de personalitate de tip *cerebroton*. Cerebrotonul este reţinut în postură şi mişcare, are reacţii rapide, este încordat, anxios, inhibat, introvertit, singuratic.

Deoarece majoritatea indivizilor sunt combinaţii ale acestor trei tipuri constituţionale (ecto-, endo-, mezomorf), caracteristicile personalităţii lor sunt determinate de proporţiile relative ale factorilor constituţionali în somatotipul lor individual.

Teoria lui Sheldon a fost subiectul unor controverse considerabile şi argumentele pentru validitatea ei sunt în cel mai bun caz echivoce (Herman, 1992). În prima sa cercetare, Sheldon pretindea că există un grad foarte înalt de asociere între trăsăturile de personalitate şi tipurile constituţionale (coeficientul de corelaţie raportat era de peste 0,80). Studii ulterioare au arătat că această pretenţie este excesivă. Câteva cercetări nu au găsit nici o corelaţie semnificativă, în timp ce altele au constatat o corespondenţă moderată în direcţia aşteptată (Allport, 1981).

Trebuie să admitem, totuşi, că teoria lui Sheldon se înscrie pe linia vechilor preocupări de a descoperi o relaţie clară între spirit şi corp.

2. Abordarea ştiinţifică

Evaluarea ştiinţifică a personalităţii îşi are originea în **studiul diferenţelor individuale** cu ajutorul măsurării psihologice.

Studiul diferenţelor individuale a primit un puternic impuls dinspre cercetările lui Ch. Darwin asupra evoluţiei. Pentru a studia efectele eredităţii era necesară identificarea clară a diferenţelor individuale cu privire la acele comportamente care aveau, în concepţia

lui Darwin, o valoare adaptativă şi asigurau supravieţuirea speciei umane. Apoi, Sir Francis Galton s-a interesat de transmiterea ereditară a acestor diferenţe şi şi-a dedicat ultima parte a vieţii studiului respectivei probleme. Deşi au existat şi înaintea lui încercări de categorizare şi măsurare a ceea ce Galton a numit „facultăţi intelectuale", Galton rămâne iniţiatorul măsurării factorilor nonintelectuali, cunoscuţi în mod obişnuit sub numele de **caracter** şi **temperament**.

Galton nota într-o lucrare din 1884 că ceea ce numim caracter poate fi considerat „ceva" bine definit şi durabil şi de aceea este rezonabilă încercarea de a-l măsura. El a propus ca pentru măsurarea caracterului să se utilizeze o abordare asemănătoare cu cea folosită în evaluarea capacităţii intelectuale. Galton a şi discutat unele metode pentru măsurarea „emoţiei" şi „temperamentului" utilizând ceea ce astăzi s-ar putea numi „probe comportamentale". De exemplu, el a sugerat măsurarea emoţiei cu ajutorul unor instrumente care să înregistreze schimbările fiziologice în timpul unor situaţii stresante din viaţa reală (Allport, p. 981).

În Statele Unite, cel care a iniţiat studiul diferenţelor individuale a fost James McKeen Cattell, care îşi luase doctoratul cu W. Wund. După o scurtă colaborare cu Galton, Cattell s-a întors în SUA în 1888 unde şi-a început cercetările la laboratorul de Psihologie al Universităţii din Pennsylvania. Deşi interesul său principal era orientat asupra psihofizicii, percepţiei şi timpului de reacţie, Cattell a influenţat puternic dezvoltarea unor tehnici de măsurare psihologică, inclusiv a unor teste de personalitate.

Aproape în acelaşi timp, în Franţa, Alfred Binet, entuziasmat de lucrările lui Galton asupra diferenţelor individuale, a început o serie de cercetări asupra unor persoane de excepţie din domeniul artei şi ştiinţei. Binet (ale cărui cercetări iniţiale erau influenţate de ideile frenologiei) a considerat că diferenţele individuale privind inteligenţa nu-şi au originea în diferenţele dintre unele procese psihice simple, aşa cum credea Galton, ci în particularităţile unor **funcţii cognitive** mai complexe, cum ar fi : **atenţia**, **înţelegerea frazelor**, **memoria** etc. Cercetările lui, efectuate la cererea Ministerului Educaţiei din Franţa, s-au finalizat cu construirea binecunoscutei „Scări metrice a inteligenţei". Unele dintre probele incluse în această scară solicită persoanelor examinate alcătuirea unor scurte povestiri pornind de la câteva imagini şi identificarea unor pete de cerneală - probe care au precedat ceea ce astăzi numim teste „proiective" de personalitate.

Am putea spune, astfel, că înainte de 1915 cercetările privind evaluarea personalităţii au fost precedate de măsurarea unor deprinderi şi abilităţi care au stimulat interesul pentru studiul diferenţelor individuale. Temperamentul şi caracterul erau considerate entităţi „reale", precum timpul de reacţie şi aptitudinile perceptive, incluse aproape în aceeaşi categorie cu unele caracteristici fizice precum înălţimea şi greutatea. Galton a introdus - ca metodă de studiu al personalităţii - utilizarea unor eşantioane de comportament din situaţii reale de viaţă şi cercetările lui au stimulat interesul pentru acest domeniu atât în Statele Unite, cât şi în Franţa.

Doi dintre urmaşii lui Galton, K. Pearson şi Ch. Spearman, au jucat un rol important în dezvoltarea unor proceduri statistice care, ulterior, s-au dovedit a fi instrumente utile în cercetările asupra personalităţii.

Aproape în acelaşi timp, un alt cercetător englez, Webb (1915) a fost primul care a utilizat pentru prima dată, pentru evaluarea unui număr mare de subiecţi, datele obţinute de la persoane care cunoşteau bine subiecţii respectivi - introducând astfel o tehnică impusă mai târziu sub numele de *tehnica experţilor evaluatori*. Tot lui Webb i

se atribuie şi utilizarea în premieră a ceea ce s-a numit ulterior *metoda biografică* – o analiză a unor texte scrise în care subiecţii îşi povesteau viaţa.

Paralel cu studiile şi cercetările menţionate, o serie de alţi cercetători au început să fie din ce în ce mai implicaţi în evaluarea comportamentului uman etichetat ca „anormal".

Cercetările din domeniul psihopatologiei au fost stimulate, pe de o parte, de problemele practice ridicate de diagnosticarea, clasificarea şi categorizarea diverselor manifestări psihopatologice şi, pe de altă parte, de nevoia înţelegerii, clarificării şi influenţării mecanismelor psihologice care stau la baza acestor manifestări.

Se consideră că printre primele proceduri utilizate pentru evaluarea personalităţii persoanelor cu manifestări psihopatologice se numără proba asociativ-verbală.

Utilizată iniţial de E. Kraepelin (1892), proba asociaţiei verbale libere a fost propusă de Sommer (un coleg al lui Kraepelin) ca probă de diagnostic diferenţial între diverse tipuri de tulburări mintale. În tehnica asociaţiei libere, subiectului i se prezintă un cuvânt-stimul, de cele mai multe ori dintr-o listă standardizată de cuvinte, şi i se cere să răspundă cât mai repede posibil cu primul cuvânt care îi vine în minte. Lista de cuvinte i se poate prezenta subiectului de mai multe ori deoarece variaţia răspunsurilor la acelaşi stimul poate fi un indicator diagnostic util. Se înregistrează, de asemenea, timpul de reacţie la fiecare prezentare.

Proba asociativ-verbală a fost utilizată şi de C. Jung. Acesta a alcătuit o listă standardizată de cuvinte considerată şi azi ca fiind utilă în detectarea anumitor domenii conflictuale sau generatoare de tulburări. În interpretarea rezultatelor erau utilizaţi o serie de indicatori: timpul de reacţie, lipsa răspunsului, reacţii emoţionale diverse (bâlbâială, înroşire etc.).

Utilizând un grup de control alcătuit din 1000 persoane considerate normale şi un aparat statistic complex, Kent şi Rosanoff (1910) au raportat răspunsurile subiecţilor bolnavi psihic la răspunsurile subiecţilor din grupul de control şi au constatat că psihoticii dau în mod semnificativ mai puţine răspunsuri comune, obişnuite, decât persoanele normale şi că aceste diferenţe au nu numai o semnificaţie statistică, ci şi una clinică. Astfel, testul asociativ-verbal poate fi considerat *primul instrument psihometric* utilizat pentru identificarea persoanelor cu tulburări emoţionale, deşi ulterior a fost relativ puţin folosit în acest scop.

În aceeaşi perioadă, alţi cercetători (medici, psihologi) au redactat liste cu simptome ce puteau fi utilizate pentru identificarea unor tulburări psihice (Heymans şi Wiersma – 1906, Hoch şi Amsden – 1913, Wells – 1914). Aceste liste au stimulat apariţia primelor inventare de personalitate, bazate pe autoevaluare. Primul inventar de acest tip a fost cel alcătuit de Robert S. Woodworth (1919) şi s-a numit *Woodworth Personal Data Sheet*.

Acest inventar, creat în timpul primului război mondial, a reprezentat o încercare de a standardiza interviul psihiatric pentru a-l adopta unei testări pe loturi largi de subiecţi. Obiectivul lui era acela de diagnosticare a capacităţii soldaţilor de a se adapta satisfăcător la factorii de stres şi la constrângerile vieţii militare. Întrebările inventarului au fost formulate astfel încât să identifice simptome nevrotice obişnuite, precum şi simptome observate la persoanele care nu erau capabile să se adapteze la rigorile disciplinei militare şi războiului. Inventarul a cuprins iniţial peste 200 de itemi care, după mai multe testări, au fost reduşi la 116. Dintre variatele adaptări şi revizii care au urmat, cea mai

cunoscută este *Woodworth – Mathews Personal Data Sheet*. Această variantă are 76 de itemi repartizaţi pe mai multe scale: *emotivitate, tendinţe obsesive şi psihastenice, tendinţe schizoide, tendinţe paranoide, tendinţe depresive şi hipohondrice, tendinţe impulsive şi agresivitate, tendinţe spre instabilitate, tendinţe antisociale*. Itemii sunt transparenţi, fără a exista o preocupare pentru controlul atitudinii subiectului faţă de probă. Se răspunde prin „Da" sau „Nu", majoritatea răspunsurilor „Da" fiind cele prin care subiectul îşi recunoaşte respectiva manifestare sau fapt psihic.

Urmând exemplul lui Woodworth, alţi clinicieni au adaptat chestionarul lui la alte grupuri de subiecţi (elevi, delincvenţi tineri, studenţi) în general prin modificarea formulărilor întrebărilor.

Am putea spune că, după 1920, a început să se impună o abordare fermă, structurată, bazată pe cercetări empirice, în domeniul evaluării şi măsurării personalităţii. Liniile principale ale acestei dezvoltări, deşi nu totdeauna foarte clare, au urmat, în general, evoluţia ideilor şi teoriilor psihologice.

Psihanaliza. După cum se ştie, teoria psihanalitică consideră că cel mai important şi cel mai util mijloc de a înţelege personalitatea cuiva este analiza elementelor profunde ale funcţionării sale şi nu a elementelor superficiale uşor accesibile observaţiei. Pentru psihanalişti, informaţiile bazate pe autoevaluări sunt foarte puţin utile. Perspectiva psihanalitică este oarecum completată de ideile promovate de psihologia gestaltistă conform căreia personalitatea individului este mai mult decât suma simplă a comportamentelor şi trăsăturilor.

Aceste idei au influenţat dezvoltarea metodelor de evaluare clinică a personalităţii. H. Rorschach, psihiatru elveţian, a utilizat percepţia unor pete de cerneală pentru a studia unele probleme psihologice teoretice, dar a descoperit că rezultatele obţinute pot fi utilizate în diagnosticul psihiatric al unor tulburări psihice (1921). Percepţia petelor de cerneală fusese utilizată şi înaintea lui Rorschach ca material pentru stimularea asociaţiei libere, dar analiza rezultatelor se limita doar la conţinutul tematic. Contribuţia lui Rorschach a fost încercarea de a analiza într-o manieră sistematică producţia subiectului examinat cu ajutorul unor aspecte formale ale petelor (culoare, formă, mişcare etc.) şi al observării faptului dacă subiectul îşi baza răspunsul pe întreaga imagine a petei sau doar pe unele elemente ale ei. El considera că diferenţele perceptive se aflau în relaţie cu diferite procese psihologice sau „structuri" ale personalităţii. Lucrările lui H. Rorschach au impulsionat atât utilizarea petelor în diverse cercetări, cât şi dezvoltarea altor tehnici în care se utilizează stimuli slab structuraţi pentru provocarea unor comportamente-răspuns utilizate pentru evaluarea personalităţii.

Tehnica petelor de cerneală a lui Rorschach a găsit mulţi adepţi în special printre clinicienii de orientare psihanalitică ce o utilizează ca mijloc de investigare a inconştientului. Deşi Rorschach afirmase că „testul nu poate fi considerat ca mijloc de acces în profunzimile inconştientului" (1921/1942, p. 123, *cf.* R. Lanyon & L. Goodstein, 1997, p. 14), tehnica propusă de el a devenit cea mai utilizată procedură de explorare a conţinutului şi structurii aspectelor profunde ale personalităţii de către clinicienii de orientare psihanalitică.

Mai târziu, L.K. Frank (1939) a utilizat pentru a denumi tehnica lui Rorschach şi alte tehnici similare folosite pentru examinarea aspectelor profunde ale personalităţii –

termenul de *tehnici proiective*. În concepţia lui Frank, metodele proiective sunt cele care pun subiectul în faţa unei situaţii pentru care există puţine structuri culturale bine definite ale răspunsurilor posibile, astfel încât el trebuie să proiecteze asupra acestei situaţii ambigue „felul în care vede viaţa,... înţelesuri, semnificaţii, structuri şi, în special,... sentimente". Frank considera aceste metode ca fiind indirecte, deoarece ele ating uşor patternurile organizării interne şi structura personalităţii fără să le dezintegreze sau să le modifice modul în care există, manifestându-se într-o manieră asemănătoare razelor X, care vizualizează structurile somatice inaccesibile ochiului liber, fără să le distrugă.

Între celelalte tehnici proiective, amintim *Testul de apercepţie tematică* (Murray, 1935, 1938, 1943), *Testul de apercepţie pentru copii* (Bellak, 1953), *Tehnica petelor de cerneală a lui Holtzman*....

Psihometria. Concomitent cu dezvoltarea tehnicilor proiective, alţi cercetători s-au orientat spre dezvoltarea şi rafinarea inventarelor de personalitate. Aceste cercetări s-au centrat îndeosebi pe evaluarea unor trăsături sau aspecte restrânse ale personalităţii şi au profitat de dezvoltarea tehnicilor statistice şi de o mai bună înţelegere a problemelor complexe legate de fidelitatea şi validitatea măsurătorilor.

Adepţii acestei orientări au subliniat avantajele inventarelor : administrarea rapidă pe un grup mare de persoane ; posibilitatea de a utiliza uşor proceduri statistice pentru stabilirea normelor şi a consistenţei interne a relaţiei dintre scorurile testului şi alte măsurători ale comportamentului etc. Au fost evidenţiate şi o serie de limite ale acestora, între care posibilitatea falsificării răspunsurilor şi faptul că inventarele vizează doar aspecte superficiale ale personalităţii sunt cele mai importante.

În primele inventare de personalitate un item era considerat valid dacă provoca răspunsuri diferite la subiecţi care făceau parte din categorii diferite. Astfel, Inventarul de adaptare Bell (*Bell Adjustement Inventory*), apărut în 1939, conţine itemi care diferenţiază relativ bine subiecţii bine adaptaţi de cei inadaptaţi. Adaptarea era considerată din perspectiva mai multor domenii (mediu familial, sănătate, supunere, emoţionalitate, ostilitate).

În aceeaşi perioadă, s-a dezvoltat un *demers empiric* de selectare a itemilor : răspunsurile erau examinate în funcţie de puterea lor de discriminare a subiecţilor care făceau parte din grupuri diferite. În forma finală a testului erau incluşi doar itemii care demonstrau o bună diferenţiere între grupuri. Această tehnică a fost utilizată de Edward K. Strong pentru construirea primului Chestionar de interese (*Strong Vocational Interest Blank* – 1927) – un model de construcţie a unui inventar cu ajutorul unui demers empiric, model utilizat în bună măsură şi de Bernreter (1939) pentru construirea inventarului de personalitate care-i poartă numele. Hathaway şi McKinley (1940, 1951) au utilizat şi ei un demers empiric pentru construirea binecunoscutului MMPI (*Minnesota Multiphasic Personality Inventory*).

Dezvoltarea unui număr foarte mare de inventare de personalitate s-a datorat, pe de o parte, *cererii sociale* de rezolvare a unor probleme concrete (aşa au apărut inventarele de adaptare, cele de interese etc.) şi, pe de altă parte, *operaţionalizării unor teorii* privind structura personalităţii şi diferenţele individuale (includem aici inventarele care măsoară introversiunea – extroversiunea, masculinitatea/feminitatea şi cele care au la bază diverse teorii privind diferenţele individuale).

Psihologia industrială şi vocaţională. În timp ce psihologia clinică s-a centrat îndeosebi asupra evaluării gradului de inadaptare ori a diverselor tulburări psihice care puteau fi descrise cu o etichetă psihiatrică, alţi psihologi s-au orientat spre evaluarea caracteristicilor personalităţii ce asigurau succesul profesional. Inventarul de interese al lui Strong, deja amintit, este un exemplu în acest sens. Cercetările ulterioare ale lui Strong şi ale succesorilor lui au contribuit la dezvoltarea inventarului iniţial, numit acum *Strong Interest Inventory*. Strong a identificat un număr de interese care corelau diferit cu succesul în anumite ocupaţii specifice. Corelaţia semnificativă dintre anumite interese şi succesul profesional în anumite domenii a fost confirmată de multe cercetări ulterioare şi a făcut din Inventarul lui Strong un puternic instrument de selecţie şi orientare profesională.

Deoarece a devenit evident că succesul profesional este determinat de capacitatea individului de a-şi asuma diverse roluri în grupul de muncă, studiul relaţiilor interpersonale a devenit din ce în ce mai important. Acest fapt a determinat apariţia unor noi tipuri de inventare de personalitate orientate spre evaluarea unor aspecte ale funcţionării psihice cotidiane precum sociabilitatea, dominanţa, flexibilitatea şi diverse dimensiuni ale stilului interpersonal. Între inventarele de personalitate a căror dezvoltare este determinată cel puţin în parte de nevoile psihologiei industriale şi vocaţionale amintim : Inventarul de personalitate California (CPI) realizat de Gough (1957, 1987), Scările orientării fundamentale a relaţiilor interpersonale (*Fundamental Interpersonal Relations Orientations Scales*) – instrument realizat de Schutz (1967), Inventarul de personalitate al lui Hogan (*Hogan Personality Inventary*) realizat de Hogan în 1992 etc.

Alţi psihologi au evidenţiat rolul unor evenimente biografice în realizarea unor predicţii privind succesul profesional în anumite domenii. Acest fapt a condus la realizarea unor formulare biografice ponderate (G.W. England, 1961).

Altă modalitate de evaluare a personalităţii este *tehnica probelor comportamentale* utilizată deja de Galton (după cum am amintit). În domeniul psihologiei industriale şi vocaţionale, comportamentele care ne interesează sunt provocate în laborator sau în spaţii controlate. Ideea de bază a acestei tehnici este simplă : frecvenţa sau uşurinţa cu care comportamentele sunt actualizate în situaţiile test corelează cu frecvenţa cu care ele se manifestă în situaţii reale de viaţă. Cea mai complexă formă de utilizare a probelor comportamentale este procedura *centrelor de evaluare*. Centrele de evaluare nu sunt, cum s-ar putea înţelege, locuri geografice, ci constituie un ansamblu de metode de evaluare bazate pe observarea directă a comportamentelor provocate conform unei anumite metodologii funcţie de scopul evaluării.

Behaviorismul modern. În perioada 1920-1945 foarte mulţi psihologi erau de formaţie behavioristă, de aceea inventarele alcătuite de ei erau gândite ca substitute ale observaţiei, iar întrebările puneau accentul mai ales pe ceea ce au făcut decât pe ceea ce au simţit sau gândit oamenii în anumite situaţii (Cronbach, 1970). După anii '60 a existat o tendinţă accentuată de a extinde perspectiva behavioristă şi în domeniul psihologiei clinice, dominată de practicieni care utilizau mai ales inventarele bazate pe autoraportări şi tehnici proiective, care puneau accentul pe identificarea structurii şi predispoziţiilor interioare ale personalităţii. Această tendinţă a fost stimulată şi de dezvoltarea unor tehnici de modificare a comportamentului şi a terapiei comportamentale.

Behavioriştii au pus accentul pe determinanţii situaţionali ai comportamentului şi au afirmat că, în multe cazuri, autocaracterizările şi autopredicţiile sunt la fel de precise ca şi evaluările sau predicţiile realizate de evaluatori antrenaţi. De aceea psihologii behaviorişti preferă, în locul testelor şi inventarelor tradiţionale sau mai noi, să dezvolte tehnici de evaluare „croite pe măsură", în care o anumită situaţie stimul - cea de care se interesează psihologul - este reprodusă într-o manieră cât mai precisă şi mai detaliată posibil. De exemplu, pentru evaluarea evoluţiei intensităţii fricii în cursul terapiei este identificată populaţia stimulilor potenţiali care provoacă frica apoi un eşantion reprezentativ de stimuli anxiogeni va fi prezentat persoanei într-o varietate de moduri. Astfel, în evaluarea fricii de un animal, itemii includ descrieri, diapozitive, fotografii sau filme, imagerii dirijate şi, în sfârşit, contactul cu animalul respectiv.

Psihologia socială. Una dintre temele centrale ale psihologiei sociale este *percepţia persoanei*, adică felul în care persoanele obişnuite, „naive" - nonpsihologii - înţeleg şi evaluează intenţiile şi motivele oamenilor, atracţiile şi respingerile interpersonale, precum şi alte caracteristici importante. Având în vedere faptul că psihologii clinicieni au fost mai întâi oameni obişnuiţi, evaluatori „naivi" ai celorlalţi şi că aceste patternuri evaluative bazale pot continua să funcţioneze şi să interacţioneze cu strategiile de abordare ştiinţifică a personalităţii, este util să amintim aici câteva consideraţii privind percepţia socială a persoanei.

Cercetările din domeniul psihologiei sociale au determinat faptul că primele impresii pe care ni le formăm despre ceilalţi sunt influenţate de *caracteristici exterioare* uşor observabile: vârstă, sex, rasă, îmbrăcăminte etc. Atractivitatea fizică are şi ea un rol foarte important în formarea impresiilor despre ceilalţi (Dion, Berscheid, Walster, 1972).

Un fapt important descoperit în domeniul percepţiei persoanei este acela că informaţiile pe care le avem despre ceilalţi tind să se organizeze în jurul unei trăsături centrale. Într-un experiment de referinţă în domeniu, Asch (1946) a demonstrat că dimensiunea *cald* - *rece* are un rol central în formarea impresiei despre ceilalţi. Într-un alt studiu Rosenberg şi Sedlak (1972) au descoperit că imaginea despre ceilalţi este structurată de trei dimensiuni: *evaluarea* (bun - rău), *potenţa* (puternic - slab) şi *activitatea* (activ - pasiv, energic - leneş).

Deseori ne întrebăm de ce oamenii (inclusiv noi înşine) se comportă într-un anumit fel. De ce fac ei ceea ce fac? Răspunzând la aceste întrebări facem atribuiri: adică identificăm cauzele comportamentelor noastre şi ale celorlalţi; astfel, comportamentele pot fi înţelese şi explicate.

Deoarece noi nu putem observa decât comportamente, cauzele lor sunt, de cele mai multe ori, expresia unor raţionamente. Atunci când explicăm comportamentul nostru sau pe al altuia, putem face *atribuiri situaţionale* - atribuind comportamentul unor cauze externe, aparţinând situaţiei, sau putem face *atribuiri dispoziţionale*, atribuind comportamentul unor cauze interne, precum trăsături de personalitate, motive sau atitudini.

Cercetările de psihologie socială au demonstrat că există diferenţe surprinzătoare între modalităţile în care facem atribuiri referitoare la comportamentul propriu şi la al celorlalţi. Atunci când încercăm să explicăm comportamentul celorlalţi ne concentrăm atenţia îndeosebi asupra personalităţii lor şi mai puţin asupra factorilor care operează în situaţia în care ei se află, iar când explicăm propriul comportament avem tendinţa de a utiliza atribuiri situaţionale. De asemenea, explicaţiile pe care le dăm comportamentelor

noastre sunt diferite în funcţie de gradul de succes la care au condus. Astfel, avem tendinţa să atribuim cauze interne succeselor noastre şi să punem insuccesele pe seama cauzelor externe, situaţionale. Depresia tinde să schimbe acest mecanism atributiv: depresivii îşi atribuie succesele unor cauze externe instabile, iar insuccesele, unor cauze interne stabile.

Teoria atribuirii are implicaţii deosebite în practica evaluării clinice a personalităţii. Psihologii realizează mai multe atribuiri în legătură cu comportamentul clienţilor, iar terapia depresiei, de pildă, vizează, între altele, şi corectarea erorilor atribuţionale manifestate de pacienţi.

De asemenea, dezbaterea ştiinţifică privind cauzele comportamentului uman (trăsături de personalitate/situaţie) nu poate fi complet separată de informaţiile pe care le furnizează cercetările din domeniul atribuirii.

Capitolul II

STUDIUL ŞI EVALUAREA PERSONALITĂŢII. PROBLEME GENERALE

1. Ce este personalitatea ?

Termenii **persoană** şi **personalitate** sunt atât de utilizaţi în limbajul cotidian, încât fiecare are sentimentul întrebuinţării lor corecte în cele mai diverse situaţii. În schimb, utilizarea lor ca termeni ai ştiinţei psihologice pune atâtea probleme încât, parafrazându-l pe P. Fraisse, am putea spune că istoria psihologiei se confundă (între anumite limite) cu istoria răspunsurilor la întrebarea „Ce este personalitatea ? ". Răspunsurile au fost, uneori, atât de diferite, încât ne putem întreba, pe drept cuvânt, dacă toţi autorii respectivi vorbeau despre acelaşi lucru. Se impune mai întâi să deosebim persoana de personalitate. Termenul *persoană* desemnează *individul uman concret*. *Personalitatea*, dimpotrivă, *este o construcţie teoretică elaborată de psihologie în scopul înţelegerii şi explicării - la nivelul teoriei ştiinţifice - a modalităţii de fiinţare şi funcţionare ce caracterizează organismul psihofiziologic pe care îl numim* **persoană umană.**

Această primă precizare ne permite să diferenţiem conotaţia ştiinţifică a termenului „personalitate" - categorie, construcţie teoretică - de sensul comun al acestuia, adică însuşire sau calitate pe care cineva o poate avea sau nu.

O privire generală asupra mai multor definiţii date personalităţii evidenţiază câteva *caracteristici* ale acesteia (*apud* Perron, 1985) :

- *Globalitatea* : personalitatea cuiva este constituită din ansamblul de caracteristici care permit descrierea acestei persoane, identificarea ei printre celelalte. Orice construcţie teoretică validă referitoare la personalitate trebuie să permită, prin operaţionalizarea conceptelor sale, descrierea conduitelor şi aspectelor psihofizice care fac din orice fiinţă umană un exemplar unic.
- *Coerenţa* : majoritatea teoriilor postulează ideea existenţei unei anume organizări şi interdependenţe a elementelor componente ale personalităţii. Când în comportamentul cuiva apar acte neobişnuite, ele surprind deoarece contravin acestui principiu ; încercând să explicăm, să înţelegem acţiunile curajoase ale unei persoane timide, nu facem altceva decât să reducem incoerenţa iniţială utilizând modele propuse de o anume teorie a personalităţii. Postulatul coerenţei este indispensabil studiului structurilor de personalitate şi al dezvoltării lor ; personalitatea nu este un ansamblu de elemente juxtapuse, ci un sistem funcţional format din elemente interdependente. De aici rezultă o a treia caracteristică :
- *Permanenţa (stabilitatea) temporală* : dacă personalitatea este un sistem funcţional, în virtutea coerenţei sale, acesta generează legi de organizare a căror acţiune este permanentă. Deşi o persoană se transformă, se dezvoltă, ea îşi păstrează identitatea sa psihică. Fiinţa umană are conştiinţa existenţei sale, sentimentul continuităţii şi identităţii personale, în ciuda transformărilor pe care le suferă de-a lungul întregii sale vieţi.

Cele trei caracteristici - *globalitate*, *coerență*, *permanență* - evidențiază faptul că personalitatea este o structură. Una dintre definițiile ce evidențiază cel mai bine aceste caracteristici este cea dată de Allport: *„Personalitatea este organizarea dinamică în cadrul individului a acelor sisteme psihofizice care determină gândirea și comportamentul său caracteristic”* (Allport, 1981, p. 40).

Personalitatea și, prin urmare, metodele care vor fi descrise în această carte, se referă la ansamblul sistemelor organizate care determină conduita. Ea se distinge de comportament în măsura în care cel din urmă nu este decât actualizarea vizibilă a elementelor personalității, într-o anume situație. Referindu-se la acest fapt, M. Reuchlin (1992) definea personalitatea ca fiind „o caracteristică relativ stabilă a modului de a fi al unei persoane în ceea ce privește felul de a reacționa la situațiile în care ea se găsește”. Din această perspectivă, personalitatea se referă la orice tip de determinant al conduitei (cognitiv și noncognitiv).

Teoriile științifice asupra personalității își propun mai multe obiective: *descrierea* conduitei prin apelul la diverse taxonomii, *explicarea* respectivei conduite prin utilizarea informațiilor referitoare la influențele de diverse tipuri (ereditare și de mediu) și *predicția* conduitei în situații tipice. Având în vedere interacțiunea dintre teorie și metode, putem afirma că obiectivele metodelor de evaluare ale personalității sunt aceleași: *descrierea*, *explicarea* și *predicția*.

Pentru a satisface obiectivele amintite, studiul personalității trebuie să se concentreze asupra acelor diferențe individuale care au o mare semnificație în relațiile cotidiene stabilite între oameni. Doar prin identificarea și focalizarea atenției noastre asupra unor astfel de factori vom fi capabili să descoperim acele interacțiuni dintre elementele „invizibile” ale personalității (le putem numi „trăsături” sau „factori”) și diverse situații care să ne permită să realizăm predicții diferențiale mai valide.

Orice definiție a personalității conduce la o serie de întrebări, iar definițiile prezentate și acceptate de noi nu fac excepție în această privință. Care sunt antecedentele acestor caracteristici stabile? În ce măsură sunt ele moștenite ereditar, învățate în prima copilărie sau dezvoltate ulterior pe durata vieții individului? În ce condiții și în ce măsură aceste caracteristici ale personalității pot fi schimbate? Astfel de întrebări și altele pe care ele le-ar putea sugera ne conduc spre problemele fundamentale ale tuturor teoriilor psihologice privind personalitatea. Nu ne propunem totuși aici să prezentăm teoriile personalității deoarece, din punctul de vedere al metodelor de evaluare, putem să ne menținem la o anumită distanță de ele. Eventual - pe măsură ce vom prezenta unele metode și tehnici de evaluare - vom face trimiteri la bazele teoretice în care ele își au originea.

2. Abordare nomotetică sau idiografică?

Trebuie oare să definim legile (abordare *nomotetică*[1]) ce guvernează funcționarea personalității sau, dimpotrivă, să ne centrăm asupra individului în unicitatea și globalitatea sa (abordare *idiografică*[2])? Aceste două abordări diferențiază într-o manieră fundamentală diversele teorii asupra personalității și metodele ei de evaluare.

1. *Nomotetic*, *nomotethikos* (gr.) = promulgarea legii.
2. *Idiografic*, *idios* (gr.) = specific, propriu.

S-a spus deseori că „Scientia non est individorum”, adică știința se ocupă doar de legi generale fiind, prin urmare, un domeniu al cunoașterii, prin excelență, nomotetic.

În psihologie, abordarea nomotetică are ca obiectiv studierea a ceea ce indivizii au în comun. Ea permite identificarea trăsăturilor sau tipurilor de personalitate și contribuie la elaborarea unei structuri ipotetice a personalității umane. Psihometricienii (Cattell și Eysenck, de exemplu) și behavioriștii sunt susținători fervenți ai acestei concepții. „Pentru omul de știință - spune Eysenck (1952) - individul unic este numai punctul de intersecție al unui număr de variabile cantitative” (*cf.* Allport, 1981, p. 20). Dacă acceptăm această poziție - care face din individ o sumă amorfă de scoruri precise - toate cunoștințele noastre de psihologie s-ar putea dovedi total inutile atunci când trebuie să înțelegem un individ concret, o personalitate anume:

> „Presupuneți că vreți să alegeți un coleg de cameră sau o soție ori un soț, sau numai să alegeți un dar potrivit pentru ziua de naștere a mamei dumneavoastră. Cunoștințele dumneavoastră despre omenire în general nu vă vor ajuta prea mult, nici chiar cunoștințele despre normele de grup” (Allport, 1981, p. 31).

Abordarea idiografică, dimpotrivă, analizează individul în globalitatea sa, ținând cont de toate componentele care intră în interacțiune; ea privilegiază studiul cazului într-o perspectivă dinamică (de exemplu analiza parcursului vieții). Mulți autori, Allport, Freud, Piaget, de exemplu, sunt favorabili acestei abordări.

Dacă abordării nomotehnice i se reproșează o perspectivă elementaristă, atomistă, incapabilă să explice complexitatea conduitei umane, abordării idiografice i se impută lipsa rigorii și faptul că oferă o imagine mai degrabă impresionistă asupra personalității.

Considerăm, împreună cu G. Allport, că teoriile personalității și metodele de evaluare ale acesteia trebuie să găsească un anume echilibru între cele două direcții: „Psihologia personalității nu este exclusiv nomotetică, nici exclusiv ideografică. Ea caută un echilibru între cele două extreme” (Allport, 1981, p. 32).

3. Comportamentul este determinat de trăsăturile de personalitate sau de situație?

Unul dintre obiectivele principale ale cunoașterii și evaluării personalității este realizarea de predicții privind comportamentul persoanei într-o anumită situație. Dar ce anume determină comportamentul uman: anumite dispoziții interne („trăsături”) sau situația în care se găsește individul?

Răspunsurile la această întrebare au stimulat dezvoltarea unor cercetări teoretice asupra personalității, precum și construirea unor instrumente de evaluare.

De ce indivizii nu reacționează la fel în aceeași situație? De exemplu, cu ocazia unei agresiuni, unii își controlează bine comportamentul și acționează cu sânge rece, alții manifestă ostilitate și se apără, în timp ce alții devin nervoși sau izbucnesc în lacrimi. Pentru a explica aceste structuri comportamentale, o serie de psihologi au dezvoltat abordări taxonomice ale personalității în care principala unitate de analiză este *trăsătura* de personalitate.

Trăsăturile corespund unei perspective elementariste asupra personalității (J.L. Bernaud, 1998): fiecare trăsătură se raportează la o anumită „componentă” a personalității,

fiecare componentă fiind independentă de cealalte și caracterizând o anumită fațetă a individului (de exemplu : anxietatea, sociabilitatea și perseverența sunt trăsături clasice ale personalității).

Adepții acestei orientări (Allport, Eysenck, Cattell etc.) consideră că, deși faptele de conduită ale unei persoane prezintă o anume variabilitate situațională, pe termen lung, observația ne furnizează un cadru relativ stabil, unitar, de așteptare și interpretare, relevă anumite invariante. Trăsătura psihică este conceptul care evidențiază aceste însușiri sau particularități relativ stabile ale unei persoane sau ale unui proces psihic. În plan comportamental, o trăsătură este indicată de *predispoziția de a răspunde în același fel la o varietate de stimuli*. De exemplu, timiditatea este un mod relativ stabil de comportare marcat de stângăcie, hiperemotivitate, mobilizare energetică exagerată etc.

Privită astfel, trăsătura are la bază câteva afirmații implicite :

- comportamentul este consecvent : persoana tinde să manifeste aceleași reacții obișnuite în raport cu o categorie întreagă de situații ;
- oamenii variază funcție de nivelul sau frecvența oricărui tip de comportament ;
- personalitatea are o anume stabilitate.

Diferențele importante referitoare la comportamentele oamenilor sunt exprimate în vocabularul fiecărei limbi prin anumite cuvinte, de obicei adjective. Ideea conform căreia diferențele individuale cele mai importante în relațiile umane cotidiene au fost codificate în limbajul cotidian, obișnuit, sub forma unor descriptori verbali (cuvinte) a fost inițial promovată de Allport (1937) și a fost, ulterior, puternic susținută de Norman (1963) și Goldberg (1978, 1982).

Allport a considerat că pentru identificarea trăsăturilor importante ale personalității trebuie să cercetăm toate cuvintele pe care oamenii le utilizează în mod spontan pentru a descrie personalitatea cuiva. În 1936, Allport și Odbert au identificat în limba engleză 17.954 de termeni utilizați pentru a descrie personalitatea. Între aceștia, aproximativ 4.500 se referă la trăsături relativ stabile. În funcție de nivelul lor de stabilitate, de puterea lor explicativă și predictivă, Allport a împărțit trăsăturile în *trăsături cardinale*, *trăsături centrale* și *trăsături secundare*.

În 1943, R.B. Cattell a reluat lista de cuvinte alcătuită de Allport și Odbert și, după condensări succesive (prin eliminarea cuvintelor ambigue, a sinonimelor și antonimelor), a redus-o la 171 cuvinte. Aceste 171 de trăsături au fost apoi utilizate pentru descrierea unui număr mare de subiecți de către persoane care îi cunoșteau foarte bine. Aplicând analiza factorială acestor descrieri, Cattell a identificat în final 16 factori. În baza acestei cercetări Cattell a alcătuit un chestionar - 16 PF - utilizat frecvent pentru descrierea personalității.

În 1967, Norman a utilizat și el lista lui Allport de 17.954 cuvinte la care a adăugat încă 170 termeni selectați din ediția a III-a a dicționarului *Webster* și a generat o listă de 7.300 descriptori. Utilizând criteriul consensului, Norman și colaboratorii lui au împărțit aceste 7.300 cuvinte-trăsături în trei categorii :

a) trăsături stabile - reprezentând aproximativ 40% din listă ;
b) stări temporare - reprezentând tot aproximativ 40% din listă ;
c) roluri sociale, relații și afecte - reprezentând restul de 20% din listă.

Astfel, lista a fost împărțită în *trăsături* sau predispoziții stabile de răspuns (responsabile de adaptarea inter și intrapersonală) și *stări* care sunt tranzitorii, efemere. De exemplu, anxietatea ca trăsătură se referă la o caracteristică generalizată, continuă a personalității, în timp ce anxietatea ca stare se referă la o dispoziție tranzitorie, cu caracter situațional.

Atunci când descriem personalitatea, există riscul să afirmăm existența unei trăsături pornind de la comportamente care sunt specifice unei stări. Pentru a micșora acest risc, o serie de chestionare de personalitate solicită subiecților să diferențieze răspunsurile în funcție de comportamentul lor tipic - „în general" - și cel prezent - „astăzi / în prezent". Astfel, Zuckerman și Lubin au realizat o listă de adjective (*Multiple Affect Adjective Checklist*) pe care subiecții o utilizează pentru a descrie felul în care se simt „astăzi" și „în general". Corelațiile test - retest au evidențiat o mult mai mare stabilitate a anxietății „în general" (trăsătură) decât a anxietății situaționale (stare). Același principiu l-a utilizat Spilberger în construirea scării sale de anxietate (STAI - *State - Trait Anxiety Inventory*).

În ciuda diferențierii dintre trăsătură și stare - care avertizează asupra caracterului situațional al unor comportamente - mulți cercetători au avertizat asupra limitelor modelului trăsăturilor în explicarea și predicția comportamentului uman. Tabelul care urmează prezintă în rezumat argumentele pro și contra utilizării trăsăturilor ca determinanți ai comportamentului - așa cum sunt ele descrise de Lanyon și Goodstein (1997).

Tabelul nr. 1 - *Rezumatul argumentelor pro și contra acceptării trăsăturilor ca determinanți ai comportamentelor (R.I. Lanyon & L.D. Goodstein, 1997, pp. 37-41).*

Argumente împotriva acceptării trăsăturilor ca determinanți ai comportamentului	Argumente pentru acceptarea trăsăturilor ca determinanți ai comportamentului
1. Trăsătura este o structură psihică sau neurologică stabilă ori, după cum afirmă Mischel, trăsăturile sunt considerate ca având „deopotrivă o origine genetică și biochimică". Această poziție conduce la reificarea trăsăturilor sugerând chiar posibilitatea identificării unui substrat neurologic sau biochimic specific.	Deși Allport și Cattell par să fi favorizat definirea trăsăturii ca structură biofizică, majoritatea psihologilor care aderă la teoria trăsăturilor consideră că trăsătura se referă la constanta stilistică a comportamentului interpersonal, deși nu există nici un acord cu privire la originile acestei constante.
2. Deoarece majoritatea procedurilor de evaluare măsoară trăsături, validarea acestor proceduri este imposibilă deoarece nu există măsurători independente ale trăsăturilor.	Nu toți autorii afirmă explicit că măsoară trăsături. De exemplu, Gough afirmă explicit că nu măsoară trăsături ; scalele CPI - spune el - sunt utilizate „pentru a prezice ce va face un individ într-un context specific și/sau să identifice indivizii care vor fi descriși într-un anume fel".

Argumente împotriva acceptării trăsăturilor ca determinanţi ai comportamentului	Argumente pentru acceptarea trăsăturilor ca determinanţi ai comportamentului
3. Psihologii care utilizează teste de personalitate sunt „căsătoriţi” cu teoria trăsăturilor. Deoarece testele măsoară trăsături, psihologii care utilizează teste trebuie să creadă că „trăsăturile formează structura moleculară a personalităţii”.	La argumentul de la punctul 2 se poate adăuga afirmaţia lui Hogan, De Soto şi Solano (1977): „cineva poate să utilizeze teste de personalitate şi să adopte orice perspectivă asupra structurii personalităţii, la fel cum cineva poate utiliza un accelerator de particule şi să adopte orice perspectivă asupra structurii materiei”. Ceea ce este important este fidelitatea şi validitatea instrumentului utilizat funcţie de scopul urmărit.
4. Trăsăturile au o putere explicativă foarte mică deoarece propun explicaţii circulare: cineva este ostil pentru că este agresiv (trăsătură) şi este agresiv pentru că este ostil.	Luarea unei poziţii faţă de acest argument depinde de nivelul explicaţiei dorite... Într-un anume fel, trăsăturile ca explicaţii pot fi considerate în egală măsură ca adecvate şi inadecvate. Faptul că există anumite regularităţi în comportamentul uman şi că cineva poate utiliza aceste regularităţi în scopul predicţiei comportamentului unui individ poate fi văzut ca o lege generală de nivel scăzut şi, prin urmare, ca o explicaţie validă pentru acest nivel. Astfel de explicaţii ridică întrebări suplimentare şi este la latitudinea cercetătorului sau practiciannului să decidă ce anume nivel de explicaţie va fi adecvat pentru scopul lui specific.
5. Există puţine argumente privind constanţa trăsăturilor indivizilor pe parcursul situaţiilor pe care aceştia le trăiesc. S-a argumentat că la aceeaşi indivizi diferenţele transituaţionale ale comporta-mentelor sunt mult mai mari decât sugerează orice teorie a trăsăturilor că ar trebui să fie (Hartshorne & May, 1928; Mischel, 1968, 1973, 1977; Peterson, 1968).	Teoria trăsăturilor nu a negat niciodată importanţa determinanţilor situaţionali ai comportamentului. Este clar că situaţiile diferă mult în ceea ce priveşte constrângerile pe care le impun comportamentului uman. Constanţa situaţională poate fi aşteptată să se manifeste doar în situaţii în care comportamentele relevante pot fi liber exprimate. S-a demonstrat şi faptul că diferenţele individuale se manifestă chiar în faţa unor indicatori situaţionali puternici. Astfel, în experimentul lui Milgram (1974) aupra obedienţei în care variabilele situaţionale erau extrem de puternice, peste 30% din subiecţi nu au fost obedienţi, refuzând administrarea şocului electric. Bem şi Allen au demonstrat că persoanele pot singure să-şi identifice trăsăturile constante ale personalităţii lor.

Critica cea mai pronunţată vine din partea psihologilor situaţionişti: Mischel (1968) a contestat puternic utilitatea noţiunii de trăsătură pentru explicarea conduitei. El afirmă că, spre deosebire de funcţionarea cognitivă (determinată dominant de factori interni), comportamentul personal şi social depinde în mod hotărâtor de situaţia în care se găseşte subiectul. Pentru a-şi justifica afirmaţia, el evidenţiază că stabilitatea intersituaţională a conduitelor este foarte slabă (corelaţiile între trăsături şi evaluările comportamentului nu depăşesc valorile de 0,30 - 0,40). Decât să gândim personalitatea în termenii trăsăturilor şi factorilor, este mai util - spune Mischel - să utilizăm o teorie a învăţării sociale conform căreia persoanele achiziţionează diverse comportamente ca răspuns la anumite situaţii. Astfel, comportamentul unui individ într-o situaţie tipică poate fi anticipat nu cu ajutorul unei trăsături generale şi puţin stabile, ci utilizând experienţa anterioară a subiectului într-o situaţie similară. Deşi lucrările lui Mischel au atras atenţia asupra limitelor unei imagini doar de natură factorială asupra personalităţii, multe din argumentele sale au fost contestate, fapt care l-a determinat pe el însuşi să evolueze spre o concepţie mai flexibilă de tip interacţionist.

Cercetările recente au demonstrat că o perspectivă strict situaţionistă asupra comportamentului uman este chiar mai puţin credibilă decât cea oferită de modelul trăsăturilor: ar fi trebuit ca prima să ofere o taxonomie a situaţiilor mai coerentă decât cea a trăsăturilor - ceea ce nu s-a întâmplat. În plus, cercetările efectuate de Costa şi McCrae (1992) au evidenţiat o stabilitate foarte mare (0,63 - 0,84) a trăsăturilor, incluse în modelul lor (*big-five*).

Totuşi, dezbaterile ştiinţifice provocate de cele două modele explicative nu au fost zadarnice - ele au pregătit terenul dezvoltării abordărilor personalităţii de tip interacţionist.

Dezvoltate de mai mulţi autori (Bandura, Mischel, Magnusson, Strelau etc.), concepţiile interacţioniste insistă asupra necesităţii de a ţine cont de interacţiunea dinamică dintre caracteristicile subiecţilor şi caracteristicile situaţiilor. În aceste modele, noţiunea de „trăsătură” nu este abandonată, ci considerată dintr-o perspectivă dinamică. Interacţiunea nu mai este descrisă într-o manieră mecanică (trăsătura are un efect funcţie de situaţii sau invers). Subiectului i se atribuie o intenţie, el manifestă trăsături, dar şi stări care corespund actualizării unei trăsături la un moment dat. El influenţează situaţiile, alege unele şi evită altele. La rândul ei, situaţia influenţează comportamentul. Astfel, comportamentul are un dublu determinism - trăsături, situaţii. De altfel, un rol important este acordat credinţelor subiectului, felului în care el interpretează situaţia[3] şi îşi apreciază performanţa, ca şi strategiilor de adaptare la situaţie. *Coping*-ul (adaptare - control) a devenit conceptul central al acestor modele. Modelele interacţioniste iau în considerare nu numai componentele psihologice şi sociale ale conduitei, ci şi *dimensiunea biologică* (reglarea hormonală, reacţiile fiziologice prilejuite de stres etc.). Astfel de modele au fost dezvoltate recent în psihologia sănătăţii şi ele cuprind factorii cognitivi şi motivaţionali care interacţionează cu situaţia (Bruchon-Schweitzer şi Dantzer, 1994).

3. Situaţia, stimulul nu mai sunt considerate într-o manieră behavioristă - ca un ansamblu de caracteristici fizice ale obiectelor, ci ca un „ansamblu de semnificaţii” care implică întreaga istorie a individului.

4. Rolul eredităţii în determinarea personalităţii

Dacă discutăm aici această problemă o facem pentru că, aşa după cum se spune adeseori, *o corectă evaluare a personalităţii asigură baza necesară pentru un prognostic valid privind dezvoltarea acesteia*. Or, dacă factorii ereditari au un rol important în determinarea unor trăsături de personalitate, atunci acestea ar trebui să fie suficient de stabile pentru a asigura cadrul necesar unui bun prognostic. În paragraful anterior tocmai am discutat despre interacţiunea factorilor interni cu cei externi ca model explicativ din ce în ce mai acceptat în domeniul personalităţii. Nu trebuie să uităm, totuşi, că multe dintre teoriile trăsăturilor afirmă, implicit sau explicit, că trăsăturile au o anume determinare biologică. Hipocrate şi Galenus au afirmat determinismul biologic al temperamentului, Galton (1884) considera caracterul ca fiind ereditar, iar frenologia lui Gall relaţiona într-o manieră simplă şi directă facultăţile psihice de creier. Mai târziu, Cattell (1950) şi Eysenck (1960) au afirmat şi ei rolul deosebit al eredităţii în determinarea unor trăsături de personalitate.

Începând de la mijlocul anilor '70, multe cercetări efectuate asupra gemenilor indică faptul că aproape jumătate, dacă nu chiar mai mult, din variaţia caracteristicilor majore ale personalităţii este datorată factorilor genetici.

Tellegen şi colaboratorii raportează ponderi ale eredităţii cuprinse între 0,39 şi 0,58 în cadrul trăsăturilor de personalitate evaluate cu ajutorul MPQ (*Multidimensional Personality Questionnaire*), în timp ce în cazul CPI (*California Psychological Inventory*) variaţiile genetice explică 50% din variabilitatea scorurilor obţinute. În ceea ce priveşte inteligenţa, se apreciază o transmitere ereditară între 50% - 70%, această pondere crescând o dată cu creşterea vârstei eşantionului (Bouchard & col., 1990). (Vezi tabelul nr. 2 şi tabelul nr. 3.)

Tabelul nr. 2 - *Ponderea eredităţii în determinismul celor 16 factori de personalitate descrişi de Cattell* (cf. *Cloninger, 1999*).

Factori	Descrierea factorilor	Ponderea eredităţii
A	Rece - cald	0,50
B	Gândire concretă - gândire abstractă	0,75
C	Instabilitate emoţională - stabilitate emoţională	0,40
E	Supus - dominant	0,25
F	Serios, reţinut - entuziast	0,60
G	Autoindulegent - conştiincios	0,40
H	Timiditate - noninhibat	0,40
I	Realist - sensibil	0,50
L	Încrezător - bănuitor	0,50
M	Practic - imaginativ	0,40
N	Deschis, naiv - lucid, raţional subtil	0,25
O	Sigur de sine - temător, îngrijorat	0,25
Q1	Conservator - liberal	0,10
Q2	Orientat spre grup - autosuficienţă	0,25
Q3	Nedisciplinat - controlat	0,40
Q4	Destins, relaxat - încordat	0,10

Aceste rezultate înlătură treptat o serie de erori, prejudecăţi, care au condus la neacceptarea faptului că ereditatea ar putea avea un rol important în determinarea trăsăturilor de personalitate.

Între respectivele erori, Cloninger (1999, p. 377) plasează:

a) Acceptarea unui rol important al eredităţii implică ideea că o persoană nu se va schimba. De fapt, indivizii se schimbă. Efectele eredităţii variază funcţie de vârstă. În cazul inteligenţei, după cum am arătat deja, ereditatea are un efect mai important pe măsură ce persoanele avansează în vârstă. În alte cazuri, impactul eredităţii va fi redus de influenţa exercitată de factorii de mediu.

Tabelul nr. 3 - *Ponderea eredităţii în cei cinci mari factori* (big-five) *ai personalităţii* (cf. *Loehlin, 1992*).

Factorul de personalitate	Ponderea eredităţii
Extraversiune	0,36
Caracter agreabil	0,28
Caracter conştiincios	0,28
Nevroză	0,31
Deschidere	0,46

b) Ne pierdem timpul şi energia încercând să influenţăm o trăsătură care posedă o componentă ereditară puternică. În realitate, impactul eredităţii poate varia de la un mediu la altul. Cercetătorii nu pot descrie decât contribuţia relativă a eredităţii în raport cu mediile studiate. Dacă am lua în considerare şi alte medii şi împrejurări posibile, încă neimaginate, s-ar putea ca factorii ereditari să nu exercite nici o influenţă asupra comportamentelor studiate. La fel cum anumiţi factori de mediu au o influenţă minimă asupra unor persoane cu predispoziţii ereditare particulare, putem presupune că şi în cazul problemei noastre anumite predispoziţii ereditare pot exercita influenţe minime asupra comportamentului unor persoane aflate în condiţii de mediu particulare.

c) Dacă ponderea eredităţii în cadrul unei trăsături este crescută, înseamnă că societatea a avut o slabă influenţă asupra acestei trăsături. În mod paradoxal, este adevărată afirmaţia contrară. Cu cât presiunea socială se exercită mai mult asupra oamenilor în ceea ce priveşte o anume trăsătură, cu atât mai mult diferenţele individuale se datorează factorilor ereditari (presiunea socială crescută uniformizează „variabila"

mediu, iar diferenţele comportamentale sunt determinate de factori ereditari). Astfel, deoarece cultura americană oferă tuturor tinerilor ocazia potenţială de a juca base-ball, variabilitatea performanţelor în acest sport este determinată preponderent de ereditate şi mai puţin de mediu (Bouchard *et al.*, 1990).

d) Dacă o trăsătură este moştenită ereditar, atunci va exista un efect similar asupra populaţiilor diferite care au moştenit această trăsătură. Pentru a sesiza mai uşor caracterul fals al acestei afirmaţii trebuie să ţinem cont de diferenţa dintre o genă moştenită şi felul în care respectiva genă se manifestă la un individ în combinaţie cu alte gene şi cu alte influenţe ale mediului. Schizofrenia poate ilustra foarte bine această afirmaţie : cercetătorii acceptă astăzi că schizofrenia are, parţial, o determinare genetică ; de aceea, descendenţii unei persoane cu schizofrenie au o mai mare probabilitate de a deveni la rândul lor schizofreni ; totuşi, dacă nu fac schizofrenie, ei au o mare probabilitate de a deveni indivizi creativi. Marele fizician, cu o creativitate excepţională A. Einstein, a avut un copil schizofren. Nu există o relaţie univocă între ceea ce este moştenit şi forma sub care această caracteristică se va manifesta.

e) Dacă o trăsătură este moştenită ereditar, ea este responsabilă de diferenţele observate între bărbaţi şi femei şi în cadrul diferitelor grupuri sociale. Această afirmaţie este falsă deoarece ignoră faptul că, în funcţie de sexul, rasa şi statusul social al părinţilor, fiecare individ este supus unor influenţe diferite din partea mediului, astfel încât este imposibil să ştim dacă aceste diferenţe sunt determinate de ereditate sau de mediu.

O trecere în revistă a literaturii de specialitate recente din domeniu conduce la ideea că influenţa factorilor genetici asupra personalităţii este astăzi un fapt indubitabil (Heath, 1991) şi că – aşa cum subliniază şi Cloninger (1999), combătând afirmaţiile false făcute frecvent cu privire la ereditate – cea mai realistă poziţie este cea care permite evaluarea corectă a interacţiunii dintre ereditate şi mediu.

Din perspectiva obiectivului analizei noastre – evaluarea personalităţii – aceste afirmaţii au următoarele implicaţii (Lanyon, Goodstein, 1997) :

1. întăresc credinţa în existenţa unui cadru simplu, bazal sau a unei structuri a personalităţii ;
2. încurajează posibilitatea explorării indicatorilor fiziologici sau biologici sau, cel puţin, a relaţionării conceptelor fundamentale ale personalităţii cu conceptele biologice corespondente ;
3. limitează distincţia dintre trăsături şi „temperamente" – termen utilizat în mod tradiţional pentru structuri comportamentale despre care se afirmă că au o bază ereditară dominantă ;
4. alimentează credinţa în stabilitatea caracteristicilor personalităţii de-a lungul vieţii (Costa, McCrae & Akenberg, 1980) şi încurajează dezvoltarea tehnicilor de evaluare a personalităţii bazate pe modelul trăsăturilor.

5. Probleme etice generate de studiul şi evaluarea personalităţii

5.1. Conflicte valorice în cercetarea psihosocială

Deşi problemele etice au fost totdeauna luate în considerare de către cercetătorii în domeniul personalităţii şi de către psihologii practicieni, ele constituie, în ultima vreme, un subiect din ce în ce mai mult analizat.

De altfel, în foarte multe ţări au fost adoptate o serie de reglementări referitoare la cercetările care implică subiecţi umani. Când cercetările sau activitatea practică pe subiecţi umani (precum cea a psihologului) sunt sensibile din punct de vedere psihosocial, aspectele etice devin din ce în ce mai complexe, deoarece ele au consecinţe psihosociale potenţiale, fie direct asupra indivizilor, fie pentru clasa din care aceştia fac parte.

În domeniul cercetării şi evaluării personalităţii apar multiple probleme etice deoarece acesta reprezintă un cadru ce permite apariţia unor conflicte între valori. În general, conflictele valorice se referă la :

1. Protecţia drepturilor individului *versus* libertatea cercetării ştiinţifice.
2. Protecţia drepturilor individului *versus* obligaţia profesională a omului de ştiinţă de a căuta noi informaţii.
3. Protecţia drepturilor individului *versus* nevoia societăţii de progres ştiinţific şi tehnologic.
4. Dreptul omului de ştiinţă de a avansa în profesia sa *versus* normele sociale referitoare la tratamentul oamenilor, libertatea persoanei şi protecţia intimităţii.

Cunoştinţele ştiinţifice şi tehnicile utilizabile pentru ameliorarea fiinţei umane pot fi utilizate şi în scopuri manipulative. La fel cum cercetările din fizica atomică pot fi utilizate şi în tratamentul cancerului, dar şi în scopuri distructive, la fel metodele descoperite pentru diminuarea şi eliminarea prejudecăţilor privind grupurile minoritare, a problemelor comportamentale sau pentru facilitarea învăţării în şcoală pot fi utilizate şi pentru manipularea politică, crearea unor dorinţi şi nevoi artificiale sau pentru împăcarea victimelor injustiţiei sociale cu soarta lor. Dublul potenţial al cunoştinţelor ştiinţifice pune probleme etice pentru toţi oamenii de ştiinţă. În măsura în care cercetarea psihologică sau activitatea psihologilor practicieni vizează probleme sensibile sau metode de evaluare şi intervenţie care au implicaţii etice, psihologii trebuie să recunoască şi să îi atenţioneze şi pe ceilalţi asupra dublului potenţial – pozitiv, constructiv/negativ, manipulativ – al activităţii lor. Din nefericire, multe dintre reglementările etice din acest domeniu menţionează doar dilemele cu care se pot confrunta cercetătorii şi psihologii, dar nu spun prea mult despre felul în care acestea pot fi rezolvate.

5.2. Aspecte ale activității științifice care pot antrena probleme etice

Există patru aspecte majore ale activității științifice privind evaluarea personalității care pot genera probleme etice :

a) formularea teoriilor sau problemelor cercetării ;
b) conducerea cercetării și tratamentul aplicat participanților la cercetare ;
c) cadrul instituțional în care este organizată cercetarea ;
d) interpretarea și aplicarea rezultatelor cercetării.

În continuare vom analiza pe scurt problemele specifice acestor etape ale cercetării științifice.

a) Formularea problemelor sau ipotezelor cercetării. Am putea începe cu un exemplu : doar simpla întrebare : „Există diferențe rasiale în ceea ce privește inteligența ? " poate fi considerată o ofensă adusă unui grup rasial și o încercare de a pune prestigiul științei în slujba susținerii unor prejudecăți. Un alt exemplu : cercetarea substratului biochimic și genetic al predispozițiilor spre violență ridică o serie de probleme : utilitatea programelor de recuperare și reabilitare ; probleme privind urmașii indivizilor violenți etc.

Multe dintre reținerile oamenilor de știință de a accepta rolul eredității în determinismul unor trăsături de personalitate au la bază – în multe cazuri – nu atât limitele cercetărilor științifice în acest domeniu cât mai ales considerente etice.

De exemplu, ideea că factorii biologici au un rol important în determinarea personalității este destul de nepopulară în societatea americană deoarece implică faptul că inteligența ar avea o substanțială componentă ereditară. Or, tradiția americană cuprinde credința că fiecare este născut cu un potențial comparabil și că putem deveni tot ceea ce dorim dacă investim pentru aceasta suficient timp și efort. Acest punct de vedere este oarecum promovat și de psihologia comportamentistă care, atunci când analizează comportamentele, pune accentul mai degrabă asupra factorilor situaționali decât asupra cauzelor interne (Lanyon, Goodstein, 1997).

b) Organizarea cercetării și tratamentul participanților. În organizarea cercetărilor psihologice sau a desfășurării activității de evaluare psihologică, una dintre problemele majore este caracterul confidențial al informațiilor furnizate cercetătorilor/psihologilor și nevoia oamenilor de a-și proteja intimitatea. Întrebările referitoare la anumite aspecte sensibile (obiceiuri sexuale, utilizarea ilicită a drogurilor, comportamentul abuziv sau deviant față de copii) sunt din categoria celor care vizează probleme pe care oamenii nu doresc să le discute și care deseori supără. În același timp, aceste aspecte delicate sunt genul de informații la care doresc să aibă acces diverse instituții sau organizații.

Trebuie respectat cu orice preț principiul confidențialității informațiilor ? Ce facem dacă un copil ne mărturisește intenția de a face un act periculos social sau că a comis o crimă ? În cercetările despre SIDA, mai păstrăm secretul diagnosticului în condițiile în care persoana contaminată pune în pericol partenerii sexuali ?

Problemele etice ridicate de alegerea temei de cercetare și de tratamentul participanților pot interacționa. Această idee poate fi ilustrată de studiul lui Milgram asupra obedienței.

Comentând studiul amintit, D. Baumrind (1972) sublinia faptul că subiecții participanți la experimentele psihologice nu sunt totdeauna tratați cu respectul pe care îl merită. A devenit deja un lucru obișnuit ca în laboratoarele de cercetări psihosociologice subiecții să fie manipulați sau să li se inducă stări intense de disconfort. Iată cum descrie Milgram starea de tensiune psihică pe care situația experimentală a creat-o subiecților :

> „Într-un mare număr de cazuri gradul de tensiune a atins valori extreme care rareori s-au întâlnit în laboratoarele de studii sociopsihologice. Subiecții au fost observați transpirând, tremurând, bâlbâindu-se, mușcându-și buzele, gemând, înfigându-și unghiile în corp. Aceste răspunsuri au fost mai curând caracteristice decât excepționale pentru situația experimentală" (Milgram, 1963).

Deși Milgram afirmă că „au fost luate măsuri pentru a se asigura subiectului, la părăsirea laboratorului, o stare de confort" ne putem întreba, alături de Baumrind, ce tip de proceduri pot anula o astfel de tulburare emoțională cu o intensitate nemaiîntâlnită în laboratoarele de psihologie.

În plus, paralela dintre relația autoritate – subordonare în Germania lui Hitler și cea modelată în laborator de Milgram este forțată și nu rezistă la o analiză atentă a tuturor variabilelor implicate în cele două situații.

c) Contextul instituțional. Contextul instituțional în care se desfășoară cercetarea poate influența, uneori într-o manieră hotărâtoare, viața participanților la cercetare. De aceea există riscul ca unele informații obținute în timpul cercetării să fie utilizate împotriva persoanelor implicate în cercetare. De cele mai multe ori acest risc nu este corect evaluat de persoanele în măsură să prevină apariția ulterioară a unor probleme.

În plus, instituțiile care finanțează anumite cercetări sau evaluarea psihologică a personalului propriu se conduc după alte reguli decât cercetătorii care se supun mai mult normelor științifice decât valorilor promovate de respectivele instituții. Deoarece cercetătorii și conducătorii instituțiilor care au comandat cercetarea psihologică au o considerabilă autonomie, există un mare potențial de conflict și probleme între personalul din cercetare și instituții (de exemplu, publicarea unor rezultate în presă ar putea fi interpretată de o instituție ca publicitate negativă).

d) Interpretarea și aplicarea rezultatelor cercetării. Problema cea mai discutată este utilizarea rezultatelor cercetării în alte scopuri decât cele declarate inițial. De aceea cercetătorii trebuie să ia de la început în considerare modalitățile în care rezultatele cercetării lor pot fi utilizate și nu să recurgă la ideea neutralității cunoștințelor științifice.

Din punct de vedere istoric, unul dintre domeniile cele mai delicate ale aplicării rezultatelor cercetărilor este cel al diferențelor rasiale. Un alt exemplu este utilizarea rezultatelor testelor psihologice pentru promovarea politicii de sterilizare a populației retardate mintal. Referitor la acest ultim aspect, amintim că la începutul secolului XX cercetătorii din domeniul social au considerat retardarea mentală ca fiind cea mai mare și cea mai serioasă problemă a Statelor Unite (*cf.* Sieber & Stanley, 1988). Ei i-au avertizat pe politicieni că, dacă indivizilor retardați nu li se va interzice să se reproducă, retardarea mintală va atinge proporții semnificative și va avea efecte amenințătoare (mai multe crime, alcoolism, prostituție, sărăcie, delincvență etc.). Sarason și Doris (1969) au argumentat că această idee a avut la bază utilizarea eronată de către psihologi a teoriei lui Mendel despre transmisia ereditară concomitent cu dezvoltarea tehnicilor de măsurare a inteligenței.

Goddard (*cf.* Sieber & Stanley, 1988) a administrat teste de inteligenţă la delincvenţi, minorităţi etnice şi rasiale, prostituate şi a descoperit că un număr mare de persoane aveau un QI scăzut. În baza unor teste de inteligenţă administrate în engleză, imigranţilor ce treceau prin Ellis Island, acelaşi Goddard a afirmat că imigranţii evrei, italieni, ruşi şi polonezi ar contribui la deteriorarea intelectuală a populaţiei americane. În anii '20, Goddard şi alţii ca el au convins Congresul american să adopte cele mai restrictive legi privind imigrarea din câte a cunoscut această ţară.

5.3. Tipuri de probleme etice în cercetarea psihologică şi în activitatea de evaluare a personalităţii

a) Intimitatea – se referă la interesul persoanei de a-şi controla graniţele dintre sine şi ceilalţi. Aceste graniţe pot fi psihologice, fizice, politice sau economice. Itemul cel mai des controlat este informaţia care circulă între noi şi ceilalţi.

Orice test sau altă tehnică utilizată cu scopul cunoaşterii şi evaluării personalităţii cuiva poate fi considerată ca o intruziune în universul intim al subiectului care nu doreşte să se dezvăluie de bună voie pe sine însuşi. Cu toate că şi testele de cunoştinţe şi abilităţi mentale au provocat unele obiecţii etice, testele de personalitate sunt privite într-o mai mare măsură ca mijloace de violare a dreptului fiecărei persoane la intimitate. Fiecare persoană are două „personalităţi" : „eul public" – expresia rolurilor pe care individul le joacă în cadrul relaţiilor sociale în care este angajat şi „eul privat", „adevăratul eu". Într-o cultură ca a noastră în care, de pildă, exprimarea liberă a emoţiilor este descurajată iar manifestarea sentimentelor agresive este tabu, există o anume discrepanţă între cele două „feţe" ale personalităţii.

În procesul cercetării şi activităţii de evaluare, un psiholog competent poate obţine mai multe informaţii de la un subiect decât intenţiona el iniţial să furnizeze. Astfel de informaţii sunt divulgate mai rapid dacă cercetarea este efectuată într-o instituţie în care subiectul bănuieşte că informaţia poate fi oricum obţinută pe alte căi şi că minciuna sau tăinuirea pot fi pedepsite.

De asemenea, chestionarele utilizate pentru evaluarea personalităţii şi tehnicile proiective obţin informaţii semnificative prin detectarea sentimentelor şi atitudinilor pe care, în mod normal, individul şi le ascunde : unele probe psihologice îşi propun să evidenţieze dacă un adolescent este deranjat de autoritatea părinţilor, altele evaluează dragostea mamei pentru copilul său în timp ce scorul altor probe indică intensitatea dorinţelor sexuale etc. ! Potenţial, toate tehnicile de evaluare a personalităţii îşi propun să culeagă informaţii în legătură cu domenii pe care, în cadrul unor relaţii sociale normale, fiecare subiect are dreptul să le considere ca având un caracter intim, privat. El este dispus să admită accesul psihologului în aceste zone intime doar dacă le consideră relevante pentru atingerea obiectivului care l-a determinat să se adreseze psihologului. În aceste condiţii putem spune că psihologul nu invadează intimitatea cuiva atunci când i se permite accesul şi când are o autentică nevoie de informaţia pe care doreşte să o obţină. Psihologul are acces în universul intim al subiectului în virtutea statutului său ; altor persoane, oricât ar fi de apropiate de subiect, acesta din urmă le interzice, de cele mai multe ori, accesul (un subiect poate comunica psihologului informaţii pe care nu le comunică soţului, soţiei, nici chiar celui mai bun prieten !).

Psihologul trebuie să răspundă încrederii care se investeşte în el prin respectarea demnităţii persoanei pe care o evaluează şi prin asigurarea confidenţialităţii informaţiilor care îi sunt transmise.

b) Respectarea demnităţii persoanei evaluate psihologic. Această problemă este strâns legată de problema intimităţii şi ea poate fi operaţionalizată printr-o interogaţie simplă : „Putem adresa oamenilor orice întrebare ?". Atunci când un psiholog este angajat de o firmă să realizeze selecţia candidaţilor pentru un anume post, are el dreptul să se intereseze de acele aspecte ale vieţii private a candidaţilor care nu sunt în mod direct în relaţie cu munca ce urmează a fi prestată de către aceştia ? Are dreptul un profesor să întrebe un elev despre temerile lui, despre sentimentele sale de ură sau de iubire, despre viaţa lui în cadrul familiei ? Putem găsi uşor argumente pro şi contra pentru că – nu-i aşa ? ! – orice se relaţionează cu orice. De dorit este, totuşi, să se adopte o poziţie flexibilă şi pragmatică : trebuie totdeauna găsit cel mai bun echilibru între caracterul intruziv al unor întrebări şi beneficiul obţinut prin adresarea lor. Un psiholog care alcătuieşte un chestionar poate elimina o serie de obiecţii, pur şi simplu, prin verificarea gradului de acceptabilitate al itemilor şi înlăturarea celor faţă de care se manifestă obiecţii. Într-o cercetare efectuată de Winkler şi Matthews (1967), aceştia au solicitat angajaţilor de la o firmă să verifice itemii unui chestionar în funcţie de gradul în care „s-ar simţi personal ofensaţi" dacă li s-ar cere să răspundă la întrebările respective. În medie, fiecare persoană nu a avut obiecţii decât în raport cu 1 % din itemi. Între întrebările care au provocat cele mai multe obiecţii au fost următoarele :

„Eşti puternic împotriva sărutului unei persoane de acelaşi sex şi vârstă cu tine ?"
„Imaginea puroiului te dezgustă ?"

În astfel de situaţii pare rezonabil să permitem subiecţilor să nu răspundă la atare întrebări (şi să corectăm corespunzător scorul obţinut) şi să ne atingem obiectivele în cadrul unui interviu.

Totuşi, nu se poate şti cu exactitate câte informaţii ar putea fi pierdute dacă s-ar elimina itemii care provoacă obiecţii. S. Hathaway, unul din autorii MMPI, se teme că pierderile ar fi serioase. Utilizarea MMPI pentru selecţia funcţionarilor guvernamentali în USA a fost criticată deoarece unii itemi se refereau la religie iar Constituţia americană nu permite oficiilor publice verificarea credinţelor religioase. Acestor critici, Hathaway le-a răspuns astfel (*cf.* Cronbach, 1970, p. 512) :

„Dacă psihologul nu poate utiliza aceşti itemi personali ca mijloace de evaluare a oamenilor, atunci el se află în situaţia medicului din perioada victoriană care trebuia să examineze pacientele luându-le pulsul printr-o uşoară atingere cu mâna din spatele unui paravan... Este evident că, dacă am face un nou MMPI, ne-am confrunta din nou fie cu situaţia de a ofensa anumite categorii de oameni prin utilizarea unor itemi ce solicită informaţii personale faţă de care ei obiectează, fie, dacă nu am include astfel de itemi personali şi am fi inofensivi, cu situaţia de a nu realiza obiectivul chestionarului".

Cum pot fi rezolvate astfel de dileme etice ? Evident, nici societatea, nici comunitatea ştiinţifică nu vor avea beneficiile scontate acordând psihologului „un cec în alb" privind tratamentul aplicat subiecţilor cercetaţi. Încă din 1973, American Psychological Association (APA) a pus în practică o filosofie etică ce poate fi numită „ortodoxia cost/beneficiu"

(Evans, 1985). Ideea fundamentală a acestei filosofii este aceea că cercetătorul are serioase obligaţii faţă de profesia sa, faţă de căutarea şi respectarea adevărului şi faţă de societate - pe de o parte, şi obligaţii la fel de importante faţă de subiecţii săi - pe de altă parte. Principiul care trebuie să-l orienteze pe cercetător în evaluarea etică a activităţii sale este acela de a avea permanent în vedere echilibrul obligaţiilor faţă de cele două părţi: profesia, societatea/subiecţii cercetaţi sau evaluaţi.

Aplicarea în practică a principiului cost/beneficiu - nu este uşoară şi există situaţii în care deciziile cercetătorului pot avea în vedere mai degrabă beneficiile lui decât pierderile subiectului. Baumrind (1971) afirmă explicit acest fapt:

> „Abordarea risc/beneficiu... poate avea efectul justificării violării drepturilor subiectului, oferind cercetătorului posibilitatea de a apela la raţionalizări pentru a risca confortul subiectului în baza unor «beneficii» sociale anticipate ale cercetării".

c) Consimţământul informat. Consimţământul informat şi corectitudinea sunt nucleul eticii cercetării. Ambele concepte se sprijină pe ideea că cercetarea trebuie să aibă la bază un acord neexploatativ şi reciproc, un *contract social* între subiect şi cercetător. Pe cât posibil, costurile, riscurile şi beneficiile subiectului trebuie explicate acestuia încă de la începutul cercetării. Mai mult, se recomandă ca cercetătorul să recompenseze orice participare a subiectului la activitatea de cercetare - plătindu-l, oferindu-i credite suplimentare la cursuri (dacă este student) sau promiţându-i un raport complet al cercetării (Evans, 1985). Din nefericire, mulţi psihologi nu procedează astfel sau, în finalul cercetării, nu-şi onorează promisiunile făcute subiecţilor.

Cea mai frecventă şi, probabil, cea mai bună modalitate de a implementa într-o cercetare principiul consimţământului în deplină cunoştinţă de cauză este aceea de a înmâna fiecărui subiect înainte de începerea cercetării un formular pe care l-am putea numi „Verificarea consimţământului informat" şi care trebuie semnat de subiect şi cercetător. (Vezi tabelul nr. 4.)

Tabelul nr. 4 - *Verificarea consimţământului informat*

Verificarea consimţământului informat

Subsemnatul .... de bună voie consimt să particip la cercetarea intitulată ....

Am primit explicaţii satisfăcătoare cu privire la scopul general al proiectului precum şi o descriere în legătură cu ceea ce mi se va cere să fac şi condiţiile la care urmează să fiu expus. Îmi dau seama că nu este posibil ca cercetătorul să-mi explice toate aspectele studiului până când nu-mi voi încheia participarea. În schimbul serviciilor mele pentru acest studiu voi primi

....

Înţeleg că cercetătorul este responsabil pentru orice risc la care voi fi expus pe durata cercetării. Am fost informat asupra următoarelor riscuri sau experienţe neplăcute:

....

....

Înţeleg că mă pot retrage din această cercetare în orice moment şi că toate datele obţinute vor fi confidenţiale.

Semnătura subiectului — Numele şi semnătura cercetătorului

Data:

Indiferent ce formă ar avea un astfel de document el trebuie să conţină următoarele explicaţii ce vor fi furnizate subiectului:

- natura şi obiectivele studiului;
- ce anume i se va cere subiectului pentru participare;
- riscurile posibile pentru subiect, în cazul în care există riscuri;
- subiectul este liber să-şi încheie participarea în orice moment (o menţiune *foarte importantă*).

Acest document trebuie citit şi semnat de subiect înaintea începerii cercetării. El facilitează cercetătorului îndeplinirea uneia dintre obligaţiile sale importante faţă de subiect - securizarea subiectului şi protejarea autonomiei şi libertăţii sale în situaţia creată de cercetare.

Când cercetarea include subiecţi care nu au capacitatea necesară pentru a semna un astfel de document (copii, bolnavi psihici etc.), cercetătorul trebuie să dea acestora explicaţiile necesare în limitele înţelegerii lor, iar documentul poate fi semnat de persoanele care sunt legal responsabile pentru fiecare subiect.

Există situaţii în care un astfel de consimţământ informat este imposibil, inutil sau nenecesar: observaţia naturală, interviul (ca parte a unei anchete), completarea şi returnarea chestionarelor trimise prin poştă etc.

d) Înşelarea sau păcălirea subiecţilor. Mulţi dintre itemii care intră în componenţa unor probe psihologice de diagnostic îşi propun să „păcălească" subiecţii astfel încât ei să nu-şi dea seama ce tip de informaţii se „developează". O procedură de diagnostic pe care subiectul nu o înţelege sau o înţelege greşit este acceptabilă doar dacă informaţia obţinută se referă la ceea ce subiectul ar permite de bună voie celorlalţi să cunoască despre el; acest principiu justifică o serie de proceduri greu de înţeles sau cu caracter intruziv utilizate în diagnosticul medical. În alte cazuri, obţinerea unei imagini cât mai exacte despre o persoană prin utilizarea unor itemi subtili, al căror obiectiv real este greu de detectat, poate fi justificată prin interesul social deosebit care prevalează în raport cu interesul persoanei de a-şi proteja intimitatea (de exemplu, evaluarea psihologică a unor delincvenţi).

Totuşi, în activitatea de psihodiagnostic, psihologul trebuie să utilizeze procedurile de diagnostic într-o manieră cât mai corectă (Cronbach, 1970). Persoana care solicită ajutor terapeutic poate înţelege uşor utilitatea unui bun diagnostic. A pune întrebări directe, transparente, referitoare la unele aspecte intime înseamnă a-l invita pe pacient să colaboreze la stabilirea diagnosticului său. De asemenea, se poate explica relativ uşor şi necesitatea utilizării unor întrebări subtile, indirecte. Pentru a favoriza o atitudine deschisă

şi colaborativă din partea persoanelor care solicită ajutor terapeutic, psihologul poate începe procesul diagnostic astfel:

„Voi putea să te ajut să-ţi rezolvi problema dacă voi reuşi să colectez cât mai multe informaţii depre tine. Unele din testele noastre utilizează întrebări directe al căror scop îl vei înţelege repede. Altele vizează aspecte mult mai profunde ale personalităţii. Uneori ele aduc la suprafaţă conflicte emoţionale de care persoana s-ar putea chiar să nu fie conştientă. Puţini dintre noi admit întregul adevăr despre sentimentele şi ideile noastre, despre noi înşine. Cred că aş putea să te ajut mai bine utilizând astfel de teste" (Cronbach, 1970, p. 513).

Dacă subiectul (client, pacient) refuză să fie diagnosticat cu ajutorul unor teste subtile, indirecte, atunci pune sub semnul întrebării succesul consilierii sau terapiei.

Alta este situaţia, în cazul unui examen de selecţie profesională în care candidaţii sunt motivaţi să ofere examinatorului o anume imagine despre ei înşişi, să evidenţieze trăsături de personalitate dezirabile social. E greu să explici cuiva că vei folosi tehnici subtile pentru a-i evidenţia impulsivitatea, tendinţele agresive, anxietatea, cinstea etc. şi, pentru cel examinat, mult mai greu, să accepte astfel de instrumente de diagnostic.

În cazul cercetării psihologice, utilizarea itemilor subtili, păcălirea şi înşelarea subiecţilor ridică probleme specifice. În măsura în care într-o cercetare se utilizează o astfel de strategie, atunci principiul consimţământului informat este violat. Deşi mulţi cercetători îşi dau seama de acest fapt, păcălirea subiecţilor, prezentarea parţială sau eronată a obiectivelor studiului sunt strategii frecvente şi tolerate. Această atitudine este justificată prin invocarea unor articole din codurile etice ale diverselor organizaţii ale psihologilor.

Astfel, articolul 6.15 din *Ethical Principles of Psychologists and Code of Conduct*, al APA menţionează explicit:

„... utilizarea tehnicilor de păcălire, înşelare este justificată de aspectele ştiinţifice ale studiului, de valorile educaţionale şi practice şi de inexistenţa unor proceduri alternative eficiente care să nu utilizeze păcălirea subiecţilor" (APA, 1992).

Cercetătorii argumentează că există situaţii în care nu s-ar putea obţine date valide dacă subiecţii ar fi total informaţi în legătură cu obiectivele şi procedurile studiului şi cu experienţele şi comportamentele care se aşteaptă din partea lor. Utilizarea păcălirii subiecţilor este, în principal, raţionalizată în baza principiului cost/beneficiu.

Este evident că obţinerea unor date utile şi valide este foarte dificilă dacă nu chiar imposibilă în unele cercetări fără a înşela subiecţii asupra obiectivelor şi procedurilor cercetării; dar atunci când cercetătorul utilizează o astfel de strategie, obligaţiile lui faţă de subiecţi cresc. În primul rând, el trebuie să analizeze cu atenţie, eventual consultându-şi colegii, dacă valoarea datelor care vor fi obţinute justifică utilizarea păcălirii subiecţilor; apoi, să ia în considerare existenţa unor strategii alternative care ar putea conduce la aceleaşi informaţii, dar fără păcălirea subiecţilor şi, în sfârşit, să se asigure că, în cazul în care utilizează strategia înşelării subiecţilor, aceştia vor fi informaţi corect despre cercetarea la care au participat imediat după încheierea cercetării.

Trebuie să subliniem faptul că păcălirea subiecţilor implică cel puţin două aspecte:

- păcălirea prin omisiune – explicaţiile iniţiale furnizate subiecţilor sunt parţiale (de exemplu – în cazul unui test de memorie de lungă durată acesta nu este prezentat

ca atare subiecţilor; el este prezentat tot ca test de memorie de scurtă durată, omiţându-se să se spună subiecţilor că ei vor fi retestaţi după o perioadă mai lungă de timp);
- păcălirea subiecţilor în legătură cu adevăratul scop al cercetării sau în legătură cu ceea ce li se va cere să facă. De exemplu, subiecţilor li se poate spune că studiul se referă la efectul pedepsei asupra învăţării când, de fapt, studiul vizează evaluarea factorilor implicaţi în obedienţa faţă de autoritate. Exact acest tip de înşelare a subiecţilor a utilizat Milgram în studiul său, citat în unul din paragrafele anterioare.

De aceea, procesul de informare ulterioară (*debriefing*) al subiectului prezintă complexităţi diferite funcţie de cercetarea la care a participat şi de felul în care a fost păcălit. Astfel, acest proces poate include următoarele tipuri de acţiuni:

- *informarea corectă* a subiectului prin completarea informaţiilor iniţiale sau prin corectarea informaţiilor eronate transmise la începutul cercetării; se motivează, de asemenea, utilizarea strategiei informării parţiale sau incorecte;
- *desensibilizarea* subiectului, prin diminuarea sau eliminarea sentimentelor negative (disconfort, vinovăţie etc.) asociate comportamentelor dezvoltate în timpul cercetării. Holmes recomandă două strategii de desensibilizare a subiecţilor:
  1. Să se sugereze că eventualele comportamente neaşteptate, reprobabile ale subiectului sunt rezultatul unor factori situaţionali (de exemplu „caracteristicile solicitării") specifici cercetării mai degrabă decât efectul personalităţii sale; mai mult chiar, că felul în care subiectul s-a comportat în laborator nu este relevant pentru felul în care el se va comporta în afara lui. Acest gen de desensibilizare pune cercetătorul în situaţia paradoxală de a pleda împotriva validităţii cercetării sale cu preţul îmbunătăţirii confortului psihologic al subiectului.
  2. Să se sublinieze că felul în care subiectul s-a comportat nu a fost anormal, neobişnuit sau extrem şi că majoritatea persoanelor participante la experiment s-au comportat într-o manieră asemănătoare.

Tehnici alternative la păcălirea subiecţilor. Mulţi psihologi consideră că procedurile de păcălire a subiecţilor pot fi înlocuite cu altele care, respectând într-o mai mare măsură drepturile subiectului la o informare corectă, asigură, în acelaşi timp, rezultate la fel de valide, dacă nu chiar mai valide.

• O astfel de tehnică este cea a *jocului de rol* (Forward *et al.*, 1976; Kelman, 1967, 1972). În loc să fie păcăliţi şi dezinformaţi, subiecţii participanţi la o cercetare care utilizează tehnica jocului de rol sunt complet informaţi în legătură cu natura şi ipotezele cercetării, cu variabilele implicate şi cu tipurile de manipulări sau situaţii care ar fi întrebuinţate dacă s-ar utiliza procedura păcălirii. Apoi, subiecţii şi experimentatorul colaborează la dezvoltarea „scenariilor" lor care includ varierea sistematică a variabilelor independente şi specificarea indicatorilor variabilei dependente avute în vedere. În final, fiecare „scenariu" este jucat, datele fiind colectate fie într-o manieră obişnuită, fie în cadrul unui interviu în care subiecţii spun cum ar fi acţionat dacă ar fi fost de acord cu condiţiile experimentale care erau cercetate.

Iniţiatorii acestei tehnici afirmă că ea furnizează informaţii cu validitate crescută deoarece permite subiectului să se comporte în funcţie de felul în care el doreşte să se prezinte în faţa celorlalţi, aşa cum se întâmplă în viaţa de zi cu zi. Criticii „jocului de rol" consideră că această tehnică conduce, dimpotrivă, la date invalide deoarece ele depind de atitudinea subiectului faţă de ştiinţă în general şi de calitatea relaţiei dintre subiect şi cercetător.

• *Consimţământul asumat* este o altă tehnică alternativă la păcălirea subiecţilor. Cercetătorii care doresc să utilizéze această tehnică realizează un studiu pilot în care evaluează cât de acceptabilă este procedura de păcălire la care vor fi supuşi subiecţii. Unui grup de subiecţi potenţiali li se va da o descriere detaliată a procedurilor de păcălire şi manipulare care urmează să fie utilizate. Dacă majoritatea subiecţilor potenţiali îşi exprimă acordul de a participa la realizarea cercetării în ciuda procedurilor de păcălire ce urmează a fi utilizate, atunci se consideră că şi subiecţii reali (care urmează să fie păcăliţi) vor aprecia respectivele proceduri ca fiind acceptabile. Acest tip de abordare nu elimină păcălirea, dar diminuează povara etică a cercetătorului.

e) **Confidenţialitatea**. Probleme referitoare la confidenţialitate ridică nu doar datele rezultate din evaluarea personalităţii (în scop diagnostic sau de cercetare), ci orice informaţie personală transmisă psihologului clinician sau consilierului.

Nu trebuie să mai spunem că orice persoană are dreptul să interzică difuzarea oricărei informaţii care ar putea fi utilizată împotriva sa. Această atitudine normală a generat totuşi luări de poziţie cu caracter extrem care au mers până la solicitarea interzicerii testelor psihologice. Implicarea emoţională crescută în dezbaterea problemei confidenţialităţii informaţiilor obţinute de psihologi i-a împiedicat pe mulţi să facă deosebirea dintre utilizarea legitimă şi în folosul oamenilor a metodelor de evaluare psihologică şi utilizarea abuzivă a informaţiilor obţinute cu ajutorul acestora.

Dar ce anume i-a determinat pe mulţi - specialişti şi nespecialişti - să se teamă că anumite informaţii furnizate psihologilor ar putea fi folosite împotriva oamenilor? Probabil că cea mai blamată practică a fost utilizarea unor instrumente de evaluare orientate dominant psihopatologic în contextul selecţiei personalului. Problema confidenţialităţii s-a manifestat în două moduri. Pe de o parte, anumite teste au inclus întrebări referitoare la practicile sexuale şi religioase - informaţii care aparent au o relaţie minoră cu indicaţiile sau contraindicaţiile pentru o slujbă, dar care, ipotetic, pot crea ocazia multor neplăceri şi discriminări.

Pe de altă parte, un fapt mult mai important este acela că subiecţii pot furniza informaţii de care ei nu sunt conştienţi şi pe care nu le-ar fi furnizat dacă ar fi putut să aleagă. Persoana care răspunde la itemii unor teste proiective se confruntă cu o astfel de situaţie.

Care este rezolvarea etică a acestei situaţii? Punctele de vedere exprimate sunt diferite. Oricum, reţinem ideea că utilizarea testelor în domeniul sănătăţii mentale şi consilierii nu ridică probleme etice. Aşa cum am subliniat, în acest caz nu există un conflict de interese între evaluator şi evaluat. Totuşi, în alte situaţii - precum cea a selecţiei personalului - există un mare potenţial de conflict de interese între subiectul evaluat şi psiholog. Spre deosebire de contextul clinic unde testele sunt utilizate pentru decizii în folosul individului, în domeniul selecţiei personalului evaluarea psihologică este pusă în slujba instituţiei.

Un alt aspect al confidenţialităţii se referă la dreptul clientului de a cunoaşte rezultatele evaluării sale psihologice. Tradiţional, psihologii au fost foarte reţinuţi în a comunica acest tip de informaţie, considerând că ar putea avea efecte negative asupra clienţilor. În 1965, într-o audiere în cadrul Congresului american, s-a discutat această problemă şi s-a ajuns la concluzia că oamenii au dreptul să cunoască rezultatele evaluării psihologice şi că psihologii trebuie să-şi asume responsabilitatea de a comunica aceste informaţii astfel încât ele să fie bine înţelese şi corect evaluate de clienţi.

Capitolul III

ABORDAREA CLINICĂ ÎN PSIHOLOGIE

1. Caracteristici generale

Deseori contestată, îndeosebi de psihologii care, dorind să facă din psihologie o ştiinţă „adevărată", au adoptat pentru studiul manifestărilor psihocomportamentale metode importate din domeniul ştiinţelor naturii, abordarea clinică are o lungă istorie, dovadă a resurselor ei, mult mai importante decât limitele menţionate de criticii acesteia.

Considerată astăzi mai puţin o metodologie structurată cât mai curând o „manieră de a acţiona, simţi şi proceda" (M. Grawitz, 1993, p. 308), metoda clinică[1] se înrudeşte cu examenul medical realizat la patul bolnavului (gr. *klinikos, klinè* = pat) şi acordă prioritate aspectelor calitative şi relaţiilor cu celălalt. În domeniul psihologiei clinice, unii autori fac o distincţie între clinica realizată cu „mâinile goale", care nu utilizează nici un instrument (în condiţiile în care nu includem în categoria instrumentelor observaţia, convorbirea şi psihologul însuşi) şi clinica instrumentală sau „armată" care utilizează instrumente psihologice cum ar fi testele.

Într-un studiu din 1949, D. Lagache („Psychologie clinique et méthode clinique") consideră că abordarea clinică vizează „studiul aprofundat al cazurilor individuale" sau, mai precis, „studiul conduitei umane individuale şi al condiţiilor sale (ereditate, maturizare, condiţii fiziologice şi patologice, istoria vieţii) într-un cuvînt, studiul persoanei totale «în situaţie»" (p. 156). Adunând date eterogene - de la cele organice la cele de natură psihosocială - metoda clinică are ambiţia de a fi o abordare holistică a conduitelor normale şi patologice.

Obiectul psihologiei clinice este constituit de studiul şi înţelegerea subiecţilor singulari şi a conduitelor lor în cadrul unei interacţiuni directe a psihologului cu aceştia. Interacţiunea strânsă a psihologului cu subiecţii studiaţi ridică - pentru abordarea clinică - problema metodologică a analizei şi evaluării nu doar a unei conduite sau a unei personalităţi în singularitatea sa, ci şi a analizei implicării psihologului şi a efectelor acesteia.

Implicarea psihologului în cercetarea clinică conduce la obţinerea unor rezultate „subiective" - produse ale interpretării acestuia - care, deşi nu oferă suficiente garanţii privind exactitatea lor, permit accesul la procesele, inaccesibile observaţiei, care stau la baza comportamentelor observate şi măsurate cu ajutorul tehnicilor „obiective" ale psihometriei.

În timp ce metoda experimentală studiază psihologia omului în general, cu scopul explicit sau implicit de a realiza generalizări, metoda clinică urmăreşte un scop mai practic : ea vizează realizarea unei evaluări sau a unui diagnostic, urmate deseori de o prescripţie terapeutică ; succesul sau insuccesul terapiei sau al oricărei intervenţii psihologice sunt cele mai puternice mijloace de validare a metodei. Dar nu întotdeauna abordarea clinică urmăreşte scopuri terapeutice ; spiritul ei poate fi întâlnit în abordări metodologice cvasiexperimentale sau în anumite etape ale unui demers experimental. În ştiinţele

1. Termenul a fost utilizat pentru prima dată de L. Witmer, psiholog american, în 1896.

sociale, dificultățile experimentării, complexitatea factorilor umani, interdependența lor orientează deseori cercetătorii spre abordări de tip clinic, caracterizate prin prioritatea acordată informației și observației referitoare la *totalitatea* manifestărilor unei ființe umane sau ale unui grup concret, considerate în situație și în evoluția lor istorică. De altfel, Anzieu (1974) considera că metoda clinică are la bază trei postulate :

- **Postulatul dinamicii** : orice ființă umană este în conflict cu lumea, cu toți ceilalți, cu ea însăși. Omul adaptat este cel care caută să rezolve aceste conflicte, în timp ce omul inadaptat este cel care ridică aceste conflicte la rangul de normă.
- **Postulatul totalității** : orice ființă umană trăiește asemeni unei totalități niciodată desăvârșită.
- **Postulatul genezei** : o reacție este clarificată prin raportarea la istoria sa.

Integrată într-un examen psihologic, abordarea clinică poate fi caracterizată prin patru idei „forță" (M. Moulin, 1992) :

1. Unitatea și unicitatea persoanei : clinicienii „puri", în general foarte apropiați de psihanaliză, refuză orice cuantificare, argumentând că persoana este un *tot* (globalitate), o ființă *unică*. Psihologul clinician se definește ca „specialist în problemele oamenilor *singulari*" (Ch. Nahoum), fapt care antrenează refuzul oricărui tratament statistic al datelor (nu se pot compara elemente de natură diferită). La limită s-ar putea spune că nu există „metodă" clinică și nici limbaj clinic – există atâtea metode și limbaje câte situații și persoane !

2. *„Cei trei mușchetari" ai situației de examen – psihologul, subiectul, problema/ instituția*. Spre deosebire de abordarea experimentală, în cadrul abordării clinice psihologul face parte integrantă din situația de examen psihologic ; abordarea clinică se dorește a fi „o interacțiune și o punere în relație a unor indivizi (izolați sau în grup) cu un psiholog profesionist care își propune să-i observe și să-i înțeleagă". De asemenea, este posibil ca psihologul, subiectul pe care îl întâlnește precum și problema lui să se situeze într-un cadru instituțional definit – școală, spital, întreprindere – care nu poate fi ignorat.

3. Experiența subiectivă a subiectului și atitudinea non-directivă. Strategia clinicianului constă în a căuta să cunoască, pentru a putea descrie, felul în care persoana trăiește situația și îi formulează problema. Adoptând o atitudine non-directivă – regulă de bază în abordarea clinică – psihologul lasă subiectului maximă libertate considerându-l „expert" în problema sa.

4. Perspectiva temporală. Concret, abordarea clinică se derulează în trei timpi :

- Examenul situației prezente a subiectului : cum își organizează cunoștințele, capacitățile, personalitatea ? Cum își gestionează conflictele ?
- Analiza trecutului, pentru a clarifica prezentul cu ajutorul „istoriei vieții" subiectului.
- Schița viitorului prin luarea în considerare a celor două abordări precedente.

2. Resurse și limite

Investigația clinică, spune D. Lagache, este „o oscilație între interpretarea ansamblului și investigarea detaliului până la atingerea unui echilibru" (1949). Dar acest echilibru este greu de atins. În medicină, deși declară că tratează bolnavul și nu boala, medicii găsesc cu greu distanța potrivită între aceste repere, iar evoluția actuală a științelor medicale evidențiază, pe de o parte, tendința spre dezvoltarea unei adevărate științe biologice iar, pe de altă parte, frecvente încercări de valorizare a unor practici tradiționale, mitice.

În psihologie, psihanaliza constituie – spune Grawitz (1993) un exemplu privind dificultatea de a construi o teorie științifică pornind de la studiul aspectelor individuale. Multe dintre afirmațiile psihanalizei sunt astfel formulate încât nu pot fi infirmate de fapte (Watzlawick, 1990). De pildă, dacă subscriu la principiul explicativ că insightul în legătură cu cauzele trecute ale simptomului este o precondiție pentru schimbarea prezentă și clientul meu se simte mai bine, atunci acest fapt este o dovadă a corectitudinii afirmației referitoare la importanța terapeutică a insightului. Dar, dacă clientul nu se însănătoșește, atunci, probabil, nu am căutat suficient de profund în inconștientul lui cauzele situației lui prezente ! Asfel, principiul explicativ enunțat este confirmat atât de succesul, cât și de insuccesul aplicării lui.

De-a lungul evoluției științei psihologice au fost exprimate multe critici cu privire la caracterul științific al rezultatelor obținute în urma studiului cazurilor individuale. Deși există și apărători ai caracterului științific al acestui demers, se consideră, în general, că cele mai valide rezultate își au originea în studiul grupurilor unde diferențele individuale se compensează, se șterg, reducându-se astfel riscul ca unele caracteristici strict individuale să fie considerate fenomene generale.

Cloninger (1996) enumeră trei obiecții majore frecvente privind valoarea științifică a studiului clinic al indivizilor :

• *Nu permite predicții*. Limita majoră – spune Eysenck (1986) – a studiilor indivizilor separați rezidă în faptul că ele sunt incapabile să producă predicții care să poată fi testate cu ajutorul unor observații obiective. De pildă, în studiile de caz psihanalitice, analistul face interpretări, dar acestea nu sunt testate într-o manieră sistematică.

• *Lipsa obiectivității*. Majoritatea clinicienilor afirmă că studiul unui caz este fundamentat pe o intersubiectivitate la care psihologul și subiectul contribuie fiecare cu partea sa în cadrul unei situații unice și inanalizabile. Înțeles astfel, „studiul de caz nu poate fi nici obiect, nici instrument al unei cercetări verificabile" (M. Reuchlin, 1992, p. 215).

• *Nu permite generalizări*. Altă critică formulată la adresa abordării idiografice vizează numărul mic de subiecți, în general unul singur. Generalizarea, în baza unui număr mic de observații, la nivelul unei întregi populații, implică riscul unor erori foarte mari. Cum să generalizezi pornind de la un caz unic ? În loc să punem accentul pe aspectele strict individuale ale fiecărui subiect, pornind de la ideea că astfel îl putem înțelege, nu este mai bine să procedăm în baza unui postulat complet opus ? – „Toți indivizii funcționează într-o manieră identică, este suficient să experimentăm pe unul (oricare) dintre ei pentru a ajunge la fapte în întregime generale" (M. Reuchlin, 1992,

p. 219). Inversând perspectiva, adepţii psihologiei experimentale fac din studiul de caz o ilustrare a unor teze generale.

Dacă acceptăm aceste critici, ajungem în situaţia paradoxală de a studia personalitatea, pierzând persoana, individul, printre mediile grupurilor cercetate. În acest caz putem ajunge la adevăruri generale, uneori atât de generale, încât nu mai au nimic de-a face cu viaţa oamenilor concreţi pe care sperăm să-i înţelegem şi să-i ajutăm cu ajutorul ştiinţei psihologice.

În urma examinării unui număr de 226 articole de cercetare din reviste prestigioase (*Journal of Personality* şi *Journal of Personality and Social Psychology*), R. Carlson (1971) îşi pune următoarea întrebare : „În cercetarea personalităţii unde se află persoana ? ". Această întrebare este justificată de următoarele limite, uneori erori grave, întâlnite în literatura examinată :

- 61 % dintre studii au cules date doar de la subiecţi studenţi (deseori se spune că „adevărurile generale" ale psihologiei sunt valabile, de fapt, pentru studenţi şi... şobolani - singurele categorii de subiecţi uşor accesibile cercetătorilor-profesori !) ;
- 78 % dintre studii au utilizat date obţinute în urma unei singure aplicări a unor teste ;
- 78 % dintre studii au utilizat metode de cercetare experimentală (în care subiecţii reacţionau la o situaţie manipulată) ;
- 57 % dintre studii au antrenat păcălirea subiecţilor în anumite momente ale designului experimental.

Alternativa propusă de Carlson (1971, 1982) a fost **personologia** - studiul aprofundat, longitudinal al indivizilor în complexitatea mediilor lor sociale şi biologice.

Referindu-se la disputa idiografic - nomotetic, clinic (calitativ) - experimental, Cloninger (1996) evidenţiază următoarele resurse ale studiului indivizilor separaţi :

a) Înţelegerea personalităţilor excepţionale sau plasate în situaţii excepţionale. Psihologii care studiază personalitatea riscă să dobândească cunoştinţe utile pentru înţelegerea individului „mediu" ; dacă se doreşte înţelegerea indivizilor în toată varietatea lor atunci, pe lângă studiul cazurilor medii, analiza detaliată a cazurilor excepţionale se impune cu necesitate.

b) Oferă ocazia modificării unor teorii. Aplicarea unei teorii la un individ anume permite nu numai înţelegerea lui, ci şi clarificarea teoriei însăşi. Particularităţile vieţii acestui individ pot antrena modificări teoretice.

c) Plasarea individului în contextul său. Mediul social influenţează profund indivizii, furnizează stimulările, reacţiile care modelează comportamentul şi oferă cadrul de referinţă necesar descoperirii sensului experienţelor oamenilor.

d) Permite evidenţierea complexităţii personalităţii. Spre deosebire de abordările nomotetice, experimentale, care reduc personalitatea la una sau mai multe variabile, abordările idiografice, clinice, au ca funcţie intrinsecă aceea de a evidenţia complexitatea persoanei. Numărul mare de caracteristici pe care le are în vedere clinicianul îl conduc pe acesta la un nivel superior al descrierii şi înţelegerii mecanismelor profunde ale comportamentului uman.

e) Înţelegerea schimbării şi dezvoltării personalităţii. În contrast cu cercetarea tradiţională care nu observă indivizii, cel mai adesea, decât într-o singură situaţie, abordarea biografică introduce factorul timp care clarifică procesul schimbării şi dezvoltării personalităţii umane.

f) Accentul pus pe procesele care se desfăşoară în interiorul personalităţii. Studiul indivizilor permite psihologilor să răspundă la câteva întrebări importante : Care sunt schemele care stau la baza comportamentelor ? Cum anume răspunde o persoană la stimulii externi şi cei interni, motivaţionali ? Aceste întrebări circumscriu, în bună măsură, obiectul psihologiei dinamice fără contribuţia căreia psihologia personalităţii este astăzi de neconceput.

Deşi se reproşează metodei clinice lipsa unei teorii unitare şi producerea unor date negeneralizabile, în practică majoritatea clinicienilor se raportează, mai mult sau mai puţin explicit, la un anume cadru teoretic, iar ceea ce se numeşte de obicei „simţ clinic" este expresia experienţei clinicienilor dobândită prin raportarea cazurilor individuale la un număr de alte cazuri studiate/tratate de aceştia.

Caracterul ştiinţific al metodelor experimentale este minat de imposibilitatea studierii persoanei, în complexitatea ei, în situaţie ; studierea fragmentară a persoanei, izolarea artificială a unor variabile şi imposibilitatea de a ajunge la o imagine comprehensivă a persoanei prin combinarea unor scoruri sunt doar câteva aspecte care trebuie avute în vedere în disputa clinic - experimental.

Conştienţi de limitele abordării clinice, dar şi de resursele ei, subliniem operaţiile care definesc o cercetare clinică validă (R.M. Moro, 1993, p. 427) :

- „decuparea obiectului de studiat" şi definirea lui cu precizie (o reprezentare, un comportament, o dinamică intrapsihică etc.) ;
- construirea unor ipoteze parţiale, precise, testabile ;
- construirea unui dispozitiv adecvat pentru verificarea ipotezelor (chiar caracterizat printr-o rigiditate variabilă : interviu de cercetare, consultaţie etc.) ;
- descrierea minuţioasă şi analiza situaţiei clinice în complexitatea sa ;
- „evidenţierea faptelor, mecanismelor, regularităţilor şi deci atingerea generalului dincolo de singularităţile individuale, dar pornind de la ele şi, prin urmare, sesizarea legilor generale ale funcţionării psihologice pornind de la individul singular" ;
- analiza implicării cercetătorului ;
- „cunoaşterea faptului că domenii întregi ale practicii clinice nu se pretează încă la o anume formă de demonstrare", deci cunoaşterea posibilităţilor şi limitelor metodei clinice ;
- „scopul cercetării este de a depăşi starea actuală a cunoaşterii şi de a ieşi din cadrul ideilor preconcepute şi ideologiilor.

3. Complementaritate şi integrare

Analiza resurselor şi limitelor abordării clinice comparativ cu cele ale abordării experimentale/psihometrice conduce la ideea complementarităţii. În ciuda disputelor teoretice, practica clinică valorifică deja resursele acestora prin utilizarea combinată, în

funcţie de obiectivele evaluării clinice, metodelor clinice şi psihometrice. De altfel, există autori care consideră că definiţia care se dă, în mod obişnuit, psihodiagnosticului poate fi aplicată „termenului neutru" - „evaluarea clinică" (Korchin şi Schuldberg, 1981). Iată definiţia pe care aceştia o dau psihodiagnosticului:

Psihodiagnosticul este procesul care:

a) utilizează un număr de proceduri;
b) cu scopul de a explora diverse domenii ale funcţionării psihologice;
c) la nivel atât conştient cât şi inconştient;
d) folosind tehnici proiective ca şi alte teste mult mai obiective şi standardizate;
e) în ambele cazuri interpretarea trebuie să aibă la bază manifestări simbolice, şi răspunsuri măsurabile;
f) şi are ca obiectiv descrierea indivizilor în termeni personologici mai degrabă decât în termeni normativi.

Această definiţie evidenţiază clar că, pentru atingerea obiectivului său - *descrierea indivizilor în termeni personologici* - clinicianul utilizează, în egală măsură, atât metode clinice cât şi teste şi alte tehnici psihometrice. Diferenţa dintre evaluarea clinică şi aplicarea unor teste este faptul că, în primul caz, mai mult decât în aplicarea testelor, clinicianul se află în centrul procesului de evaluare psihologică (Murphy, Davidshoffer, 1994). Deşi, la sfârşitul secolului XX, practica psihologilor clinicieni s-a orientat mai degrabă spre psihoterapie şi tehnici de optimizare a adaptării şi mai puţin spre evaluare şi diagnostic, utilizarea testelor rămâne în continuare o parte importantă a practicii clinice. Wade şi Baker (1977) au publicat un studiu în care evideţiază că peste 85% dintre psihologii clinicieni utilizează teste şi că o treime din timpul alocat terapiei este consumat de administrarea unor teste şi de evaluare.

Pentru creşterea caracterului ştiinţific al datelor obţinute cu ajutorul metodelor clinice, asigurarea caracterului reproductibil şi verificabil al lor, tendinţa actuală este *creşterea gradului de formalizare* a acestora şi *utilizarea unor instrumente de măsură*. Afirmaţia lui Castarède (1983) este lămuritoare:

„... introducerea măsurii permite toate operaţiile considerate ştiinţifice /.../. Psihanaliştii, dacă într-un anumit număr de cazuri ar fi supus materialele lor tratamentelor de acest tip, ar fi scăpat de criticile, uneori justificate, de empirism şi aproximare... Astfel, datorită analizei de conţinut, se poate merge mai departe în investigarea unui interviu sau a mai multor interviuri şi să se descopere ceea ce nici intuiţia şi nici ascultarea inconştientului nu sunt capabile să determine în mod precis. Procedând astfel, devenim capabili să «dovedim», adică să supunem concluziile noastre verificării celorlalţi şi, eventual, să le generalizăm" (Castarède, 1983, *cf.* Reuchlin, 1992, p. 214).

Tendinţele de formalizare şi măsurare a datelor clinice au condus, în afara dezvoltării unor tehnici de analiză de conţinut, şi la alte cercetări interesante şi utile. În continuare, ne vom referi la câteva dintre acestea:

Planurile de cercetare cu caz unic. Planurile de cercetare de acest tip îşi propun să depăşească limitele studiului de caz tradiţional prin definirea clară a variabilelor studiate, măsurarea acestora şi utilizarea unui aparat statistic descriptiv şi inferenţial.

Planurile cu caz unic vizează *precizarea relaţiei cauzale existente între variabilele independente, pe de o parte, şi variabilele dependente, pe de altă parte, studiind un singur subiect sau un grup de subiecţi considerat ca subiect unic*. În aceste planuri, demonstrarea eficienţei unei intervenţii nu se mai face în baza unui grup de control - ca în cazul planurilor experimentale -, dar nici în baza unei analize intuitive, comprehensive a datelor furnizate de subiect în cursul unui interviu - ca în studiile de caz tradiţionale - ci în baza unei comparaţii sistematice a valorilor variabilelor dependente (comportamentul subiectului) înainte şi după introducerea variabilei independente (intervenţia terapeutică). Analiza detaliată a comportamentului subiectului este o componentă importantă a acestei abordări.

Descrierea statistică a datelor clinice. Vom ilustra această tendinţă prin prezentarea cercetării lui F. Bacher (1957) cu privire la resursele aplicării statisticii la analiza dosarelor de consiliere şcolară.

Un sfat privind orientarea şcolară/profesională poate fi dat pe baza unui dosar în care figurează informaţii diverse obţinute în cursul convorbirii cu copilul, părinţii, prin aplicarea unor probe psihologice (teste, chestionare) etc. F. Bacher a codificat sub forma a 70 de variabile un mare număr de informaţii care figurau în astfel de dosare şi şi-a propus să analizeze structura informaţiilor grupate în acest fel. Culegerea şi utilizarea informaţiilor permit - în principiu - evidenţierea unor asociaţii între variabilele cu ajutorul cărora au fost descrise dosarele. Valorile unor variabile, existenţa unor asociaţii între acestea capătă importanţă pentru un individ doar prin raportarea lor la caracteristicile informaţiilor obţinute la nivelul populaţiei din care face parte individul respectiv. Dificultăţile şi limitele unui astfel de demers sunt legate de limitele tehnicilor de măsurare utilizate (cel mai adesea se utilizează scări nominale) precum şi de posiblitatea redusă de prelucrare statistică a lor.

Studii comparative privind predicţiile clinice şi statistice. Clinicianul care dispune de un ansamblu de informaţii este pus în situaţia de a formula implicit sau explicit un prognostic în funcţie de un anume criteriu: succesul şcolar, eficienţa unei intervenţii terapeutice, probabilitatea unei recidive în cazul eliberării condiţionate a unui delicvent etc. Pentru formularea unor astfel de predicţii, informaţiile pot fi prelucrate în două moduri principale: *clinic* şi *statistic*. Prognosticul clinic are la bază experienţa şi intuiţia clinicianului în timp ce prognosticul statistic are la bază analiza regresiei multiple care permite anticiparea „scorurilor" unei variabile pe baza informaţiilor furnizate de alte variabile.

Acurateţea predicţiilor clinice şi statistice a fost studiată de mulţi cercetători. Metoda cea mai utilizată a fost aceea de a obţine informaţii din dosarele unui număr de pacienţi al căror diagnostic era cunoscut şi de a prezenta informaţiile clinicienilor sub forma unor scoruri la teste, rapoarte etc. Sarcina clinicianului era de a citi descrierea cazului şi de a formula un diagnostic. Deoarece diagnosticul real era cunoscut pentru fiecare caz dinainte, era posibilă evaluarea directă a preciziei evaluării diagnostice. În mod similar, scorurile la diferite teste pot fi combinate prin utilizarea unei tehnici statistice precum regresia multiplă şi diagnosticul anticipat - comparat cu diagnosticul real.

Într-o lucrare de referinţă, Meehl (1954) a examinat 20 de studii care comparau acurateţea predicţiilor clinice şi statistice. El a tras concluzia că, în majoritatea cazurilor,

metodele statistice au produs predicţii care au fost cel puţin la fel de precise ca predicţiile clinice şi că ele au fost deseori mai precise decât evaluările unor profesionişti antrenaţi. Desigur că aceste rezultate au stârnit reacţii din partea clinicienilor. În general, contestarea rezultatelor respective s-a realizat cu următoarele argumente :

- sarcina clinicianului în studiile care au demonstrat superioritatea predicţiilor statistice a fost diferită de sarcina lui din cadrul activităţii obişnuite : clinicienii nu formulează diagnostice doar în baza unor scoruri sau a citirii unor scurte descrieri, ci în baza unei interacţiuni prelungite cu pacientul, care îi permite accesul direct, în baza observaţiei, la informaţii necodificabile ;
- criteriul utilizat pentru evaluarea acurateţii predicţiilor clinice, dar şi a celor statistice a fost corelaţia dintre evaluarea realizată şi cea reală. Modelele statistice sunt desemnate să maximizeze această corelaţie ; clinicianul nu poate fi mai bun decât modelele statistice fără să aibă acces la informaţii care nu sunt codificate statistic (de pildă, observarea clientului).

La aceste argumente ar putea fi adăugată şi imposibilitatea de a separa rolul clinicianului în colectarea informaţiilor în vederea formulării unui diagnostic. Or, majoritatea studiilor citate de Meehl şi de alţi autori s-au concentrat exclusiv pe acurateţea metodelor clinice şi statistice de integrare a datelor şi nu au acordat nici o atenţie metodelor clinice de colectare a datelor sau interacţiunii dintre metodele de colectare a datelor şi cele de integrare, prelucrare a lor.

Sawyer sugerează că dezbaterea clinic-statistic este oarecum artificială. Aspectul cel mai important rămâne acurateţea predicţiilor clinice, nu metoda prin care acestea sunt realizate. De aceea, mult mai importantă decât încercarea de a decide care este metoda cea mai bună, rămâne determinarea modului în care să se utilizeze mai bine fiecare metodă pentru a îmbunătăţi acurateţea predicţiilor clinice şi deciziilor. Clinicienii pot să se centreze pe colectarea unor anumite date cu ajutorul interviului şi observării comportamentului, în timp ce testele obiective pot fi mai potrivite pentru predicţia unor psihopatologii specifice ori a altor criterii de diagnostic sau tratament ! Evaluarea clinică este importantă pentru a decide care teste sau ce tip de informaţii sunt relevante, în timp ce metodele statistice pot fi mai potrivite pentru a evidenţia tendinţele informaţiilor obţinute de la un anume individ.

Modelarea raţionamentului clinic în baza teoriei deciziei în situaţie de incertitudine, apariţia unor programe computerizate pentru realizarea unor interviuri clinice sunt, şi ele, expresia complementarităţii abordărilor clinice şi experimentale şi a tendinţelor de integrare a acestora.

Capitolul IV

OBSERVAŢIA

„Psihologia este ştiinţa comportamentului observat."
Ghiglione

1. Definiţie

Observaţia este definită ca *„acţiunea de a privi cu atenţie fiinţele, lucrurile, evenimentele, fenomenele pentru a le studia, supraveghea şi a trage concluzii asupra acestora”* (*Petit Larousse*, 1998). Ca metodă ştiinţifică, observaţia constă în *„înregistrarea sistematică, prin simţuri, a caracteristicilor şi transformărilor obiectului studiat”* (Doron, Parot, 1999, p. 547). Această definiţie evidenţiază că observaţia nu este un act pasiv, ea se prelungeşte cu un comportament reflexiv, de clasificare şi sistematizare. A observa nu înseamnă doar a identifica un obiect, un comportament, ci şi a-l clasifica, a-l introduce într-o anumită categorie. Actul clasificării asociază faptului observat o anume idee.

„Observatorul trebuie să fie fotograful fenomenelor” spune C. Bernard (1984, p. 113) - reducând astfel observaţia la o simplă înregistrare, considerând că doar astfel această metodă poate furniza informaţii obiective. Dar fotograful sau cineastul care înregistrează realitatea în direct, pe „viu” ne oferă o imagine *obiectivă* a acesteia? Bineînţeles că nu. Fotograful îşi alege un anume unghi, se află într-un anume loc, îşi alege sensibilitatea filmului, lumina, planurile etc. „Harta nu este teritoriul” spune Korzybsky, imaginea despre realitate nu este realitatea. Observaţia este expresia unei selecţii conştiente sau inconştiente şi se desfăşoară totdeauna într-un context complex: cel al situaţiei şi cel al atitudinilor (conştiente sau nu) ale celui care observă.

A observa nu înseamnă a vedea, ci mai degrabă a înţelege, a analiza şi organiza realitatea care intră sub incidenţa simţurilor noastre.

Atunci când „vedem”, obiectele se impun privirii noastre; când observăm - dezvoltăm o atitudine activă, căutăm, selectăm. Putem vedea fără să ne punem întrebări şi formula ceea ce vedem într-un limbaj obişnuit care nu este totdeauna foarte precis. Când observăm, mergem mai departe. Observaţia presupune *şi* interogaţii în legătură cu ceea ce se observă. Observând, cercetătorul îşi propune să denumească într-o manieră cât mai precisă ceea ce vede şi adoptă o atitudine particulară - căutarea sensului. *Observaţia are ca scop înţelegerea*; dacă, de exemplu, cineva solicită un anume ajutor - cercetătorul se interoghează asupra cauzelor şi consecinţelor dificultăţilor sale sau asupra felului în care acesta solicită ajutorul. Trebuie, totuşi, să reţinem că această înţelegere este în mod necesar parţială. Ea depinde de numărul de elemente pe care le pot observa, de cadrele de referinţă utilizate pentru degajarea unei anume logici etc. Prin observaţie noi organizăm ceea ce vedem pentru a putea răspunde la întrebările care au generat activitatea de observaţie. Observând, realizăm simultan două acţiuni: analizăm, disecăm fapte sau situaţii, apoi le reconstruim, le caracterizăm, le atribuim un anume sens.

În observaţie, cercetătorul (personalitatea lui) este cel mai important „instrument”: cu ajutorul lui sunt adunate informaţiile, înţelese, analizate şi organizate. Acest fapt asigură observaţiei, în egală măsură, resurse şi limite deosebite.

Prin urmare, observaţia ştiinţifică este totdeauna o observaţie polemică întrucât ea confirmă sau infirmă o teză anterioară (G. Bachelard). Spre deosebire de observaţia

empirică, spontană, observaţia ştiinţifică – după cum am menţionat – are la bază anumite ipoteze şi întrebări iar cercetătorul îşi va limita observaţia la variabilele care intră în formularea ipotezelor sau întrebărilor sale. Acest fapt asigură caracterul organizat şi sistematic al observaţiei ştiinţifice, dar prezintă şi anumite riscuri – nu găsim decât ceea ce căutăm şi nu căutăm decât ceea ce corespunde credinţelor, aşteptărilor şi convingerilor noastre (fundamentate ştiinţific sau nu). De aceea tot mai mulţi autori afirmă importanţa sensibilităţii observatorilor la fapte neaşteptate, uneori aberante, care pot conduce la dezvoltarea şi extinderea unei teorii existente. Robert K. Merton numeşte acest fapt „serendipitate". Totuşi, aşa cum afirmă R. König, „nu observaţia naivă a unui observator naiv, ci dimpotrivă observarea naivă a unui observator instruit" constituie *serendipity pattern* (*cf.* S. Chelcea, 1975, p. 70). De aceea suntem de acord cu M. Reuchlin când afirmă că observaţia ştiinţifică trebuie să utilizeze totdeauna „ipoteze complet explicite" chiar dacă prin serendipitate pot fi formulate ipoteze noi.

În general, se face o deosebire între observaţia directă şi cea indirectă. Definiţia dată observaţiei la începutul acestui capitol se referă îndeosebi la observaţia directă. Reţinem din această definiţie că *observaţia directă* se desfăşoară cu ajutorul simţurilor. Prin urmare, ea este *noninstrumentală*, adică nu utilizează instrumente. De aceea, faptele pe care ne propunem să le observăm trebuie să fie „observabile", adică să aibă o existenţă fizică sesizabilă cu ajutorul simţurilor.

Observaţia indirectă evidenţiază mult mai clar caracterul activ şi reflexiv al observaţiei, deoarece implică o serie de inferenţe şi ipoteze (M. Bunge, 1984). De exemplu, rotaţia unui anemometru ne informează despre viteza vântului, înroşirea pielii unei persoane, despre existenţa unor emoţii etc. În aceste cazuri, un eveniment sau o proprietate fizică sunt considerate ca simptome sau semne naturale ale existenţei altui obiect inaccesibil percepţiei directe. Descoperirea indicatorilor sau semnelor obiectivante ale lucrurilor, proprietăţilor sau evenimentelor inaccesibile percepţiei directe este sarcina majoră a ştiintei. O proprietate observabilă este *indicatorul fidel* al unei alte proprietăţi doar dacă între acestea două există o relaţie constantă, astfel încât orice schimbare observabilă a primului element al relaţiei poate fi atribuită unei anume schimbări a celui de-al doilea. Se poate spune, astfel, despre proprietatea, existenţa sau valoarea a ceea ce este inferat în acest fel că sunt *indirect observabile*. Deci observaţia indirectă este posibilă doar cu ajutorul unei teorii. Cu cât teoria este mai precisă cu atât mai exactă va fi inferenţa.

Dacă o persoană plânge, putem trage concluzia că este tristă în baza postulatului analogiei manifestărilor mele cu ale celorlalţi oameni.

Celeste (1993) introduce în categoria observaţiei indirecte şi tehnicile în care culegerea de informaţii este realizată nu de către cercetător, ci de alte persoane. Aceste „alte persoane" pot fi chiar subiecţii înşişi care vor trebui să răspundă la un chestionar sau să participe la un interviu. În acest ultim caz, observaţia cercetătorului este indirectă întrucât se bazează pe *introspecţia* realizată de persoanele investigate. Pot fi utilizaţi şi alţi intermediari – părinţi, educatori, colegi etc. – care în baza relaţiilor pe care le au cu subiecţii cercetaţi pot furniza informaţii utile. Nu totdeauna putem diferenţia cu uşurinţă între caracterul direct sau indirect al unei observaţii : ceea ce este „direct" la un anume nivel devine „indirect" la un alt nivel.

Nu trebuie să opunem observaţia experimentului. În cazul experimentului, situaţia este în întregime provocată şi organizată de către cercetător cu scopul verificării unor

ipoteze. În acest context bine definit cercetătorul observă, într-o manieră organizată şi sistematică, comportamentele provocate.

Vom deosebi *observaţia ca metodă de cercetare* care vizează obţinerea unor date „obiective", precise, reproductibile şi verificabile de *observaţia clinică* ce-şi propune descrierea unui subiect în singularitatea lui.

2. Observaţia sistematică directă

2.1. Ce observăm ?

Pentru a se delimita de abordarea reflexivă, speculativă a filosofilor şi a face din psihologie o disciplină ştiinţifică, asemenea ştiinţelor naturii, psihologii au instituit *comportamentul* ca obiect principal al studiului lor. *Comportamentul este ansamblul actelor – produse de om sau animal – accesibile observaţiei directe*. Trebuie să subliniem diversitatea manifestărilor ce pot fi reunite sub eticheta „comportament". După J.-P. Beaugrand, noţiunea de comportament se referă la „orice activitate caracteristică a unui organism viu posedând un sistem nervos individual care antrenează modificări spaţio-temporale observabile" (1988, p. 278).

Conţinutul acestei noţiuni este extrem de divers şi se situează la diverse niveluri : *neurofiziologic* – a roşi, a transpira ; *motric* – a ridica un braţ, a întoarce capul ; al *tranzacţiilor* individului cu mediul fizic – a închide o uşă, a ocoli un obstacol ; al *tranzacţiilor între indivizi* – a răspunde la salut, a ameninţa etc.

După cum sublinia P. Watzlawick, comportamentul are o proprietate atât de generală încât, de cele mai multe ori, nu o observăm : nu există „non-comportament" sau, cu alte cuvinte, nu putem să nu ne comportăm : în orice moment un organism viu – pentru a se adapta la mediu şi a supravieţui – produce un comportament.

Din dorinţa de a face descrieri cât mai exacte şi a furniza explicaţii verificabile, psihologii comportamentişti (behaviorişti) au dorit să limiteze comportamentul la răspunsurile musculare sau glandulare provocate de stimulii senzoriali. Totuşi, a face psihologia „mai ştiinţifică" printr-un astfel de demers centrat pe aspecte elementare ale comportamentului implică riscul de a obţine rezultate contrare, întrucât sunt neglijate caracteristicile esenţiale ale activităţii : organizarea şi finalitatea. Pentru a putea răspunde la întrebările pe care şi le pune, psihologul trebuie să-şi situeze observaţia de cele mai multe ori la un nivel care integrează organizarea şi finalitatea comportamentelor. În acest caz, noţiunea cea mai potrivită este cea de *conduită*. Aceasta poate fi definită ca „ansamblul de acte (de răspunsuri în sens behaviorist) caracterizate printr-o organizare impusă de finalitatea urmărită, conştient sau nu, raţional sau nu, de către organism" (Reuchlin, 1977).

O dată cu dezvoltarea tehnicilor de psihoterapie cognitiv-comportamentală – tot mai mulţi psihologi nu mai utilizează termenul de comportament doar cu referire la manifestările motorii direct observabile, ci includ în sfera noţiunii de comportament şi alte două tipuri de manifestări : *gândurile* sau comportamentul cognitiv şi *sentimentele*, emoţiile sau comportamentul psiho-emoţional. Astfel, conform teoriei celor trei sisteme (Lang), anxietatea unui individ se poate manifesta la nivelul comportamentului motor – evită

obiectul anxiogen, al comportamentului cognitiv – „Nu voi reuşi ! ” şi al celui emoţional şi fiziologic – frică, palpitaţii.

Evaluarea clinică promovată de terapia cognitiv-comportamentală presupune o extindere a definiţiei comportamentului. În multe abordări clinice este observat nu numai comportamentul-ţintă (cel care constituie obiectivul principal al evaluării), ci şi antecedentele şi consecintele acestuia. Ele sunt considerate variabile importante care controlează comportamentul avut în vedere. (În capitolul destinat observaţiei clinice vom detalia aceste aspecte).

Indiferent de nivelul de analiză al comportamentului şi de obiectivele (clinice, de cercetare ştiinţifică etc.) evaluării acestuia, în cazul în care este utilizată observaţia, trebuie avute în vedere următoarele etape :

1. Selectarea şi definirea comportamentului-ţintă în termeni concreţi, observabili.
2. Utilizarea unor proceduri sistematice, standardizate, pentru observarea comportamentului şi înregistrarea observaţiilor într-o manieră adecvată.

2.2. Selectarea şi definirea comportamentelor

Observaţia şi definiţia sunt două noţiuni strâns legate. Astfel, *definiţiile operaţionale* au la bază procedee valide de observaţie :

> „La fel ca în instrucţiunile de călătorie, limbajul cercetării ştiinţifice empirice este alcătuit din instrucţiuni care sunt *descripţii* (s. m.) ale seturilor de operaţii pe care cineva trebuie să le urmeze” (J.L. Simon, 1969, p. 15).

Pentru a defini şi identifica un comportament trebuie, mai întâi, ca cercetătorul să definească proprietăţile pertinente pe care se sprijină recunoaşterea primelor regularităţi sau unităţi comportamentale şi eventuala includere a acestora într-o categorie.

A identifica înseamnă, de cele mai multe ori, a recunoaşte un obiect şi a-l introduce într-o clasă adecvată. Trebuie să distingem, în acest context, identificarea făcută în momentul observaţiei, care utilizează clase definite deja în prealabil, de identificarea făcută după terminarea observaţiei – situaţie în care, cercetătorul, pornind de la observaţiile de bază, uneori de nivel elementar, stabileşte prin regrupare date pertinente, în acord cu categoriile implicate în formularea ipotezelor.

J.P. Beaugrand (1988) consideră că identificarea comportamentelor poate fi făcută pe baza unor :

1. criterii concrete sau descriptive ;
2. criterii teoretice sau interpretative.

1. În cadrul *criteriilor concrete* deosebim criteriile referitoare la formă de cele referitoare la efecte.

Criterii referitoare la formă. Utilizarea criteriilor de structură sau formă poate fi relativ dificilă atunci când comportamentul observat este complex şi rapid. Utilizarea acestor criterii presupune fragmentarea comportamentului în unităţi mici, elementare, fapt care conduce la obţinerea unor descrieri detaliate. Descrierea foarte fină a comportamentelor poate fi deseori inutilă ; este totuşi adevărat că, pornind de la acest nivel elementar, cercetătorul se poate situa la nivelul de sinteză sau clasificare cel mai adecvat pentru cercetarea sa.

Multe comportamente sau posturi pot fi descrise în termeni formali. În general, caracteristicile formale vizează contracţiile musculare implicate în comportamentul observat, poziţia membrelor sau orientarea unor structuri anatomice, vizuale, auditive. Majoritatea posturilor, gesturilor şi manifestărilor motorii, a expresiilor faciale pot fi identificate pornind de la astfel de criterii.

Drumond (1981) consideră că fiecare unitate comportamentală poate fi caracterizată cu ajutorul mai multor dimensiuni formale :

a) *Localizarea în spaţiu* – locul în care se găseşte individul, spre care se deplasează sau trece traiectoria sa (de exemplu, deosebim comportamentele elevilor din clasă de cele din afara clasei : de pe stradă, din sălile de spectacol etc.).
b) *Orientarea* – poziţia structurilor motrice, anatomice ale individului în relaţie cu alte structuri ale mediului (de exemplu a privi sau fixa un cadran – stă pe scaun aplecat în faţă sau orientat pe spate etc.).
c) *Topografia tridimensională* a individului poate fi sursa unor importante regularităţi. Pot fi observate şi notate regularităţi în mişcările membrelor (mişcarea ritmică a gambei în poziţia stând pe scaun ; lovirea ritmică a mesei cu degetele etc.), a unor structuri (cap, sprâncene). Multe din ticurile motorii pot fi descrise prin utilizarea acestui criteriu.
d) *Proprietăţi intriseci* ale corpului sau epidermei (schimbarea culorii, temperaturii etc.).

Criterii referitoare la efecte. Multe comportamente pot fi identificate şi clasificate în funcţie de efectele directe pe care acestea le au asupra mediului : deplasează, deformează, secţionează, distrug sau construiesc anumite componente ale mediului. De cele mai multe ori răspunsurile comportamentale ale unei persoane la comportamentul altei persoane nu vor fi incluse în această categorie pentru că determinismul comportamentului social este complex şi greu de stabilit. Se au în vedere mai ales efectele fizice ale comportamentelor ; putem include astfel aici şi emiterea de sunete, mirosuri etc.

Utilizarea criteriilor referitoare la efecte situează descrierea comportamentelor la un nivel mai global. Cu o singură expresie, de exemplu, „mănâncă”, descriem un comportament complex care cuprinde multiple manifestări motorii secvenţiale. În plus, utilizarea acestor criterii ne permite să includem în descrierea comportamentului şi anumite relaţii între individul iniţiator şi contextul spaţio-temporal în care acesta se află.

Dezavantajul principal este reversul avantajului menţionat : situarea la un nivel mai general de descriere a comportamentului poate conduce la pierderea unor detalii şi informaţii importante. De asemenea, cu cât descrierea comportamentului este mai generală, cu atât există riscul de a amesteca datele exterioare observate cu interpretările subiective ale observatorului.

2. *Criterii teoretice şi abstracte*. Utilizarea acestor criterii plasează procesul observativ la un nivel şi mai general. Criteriile de identificare şi clasificare a comportamentelor nu mai sunt direct observabile ; ele sunt produsul *interpretării* anumitor indici concreţi cu ajutorul postulatelor, ipotezelor şi teoriilor. Multe din grilele de observaţie utilizate în

psihologie au la bază aplicarea teoriilor particulare în domeniul clinic sau al personalităţii, al educaţiei etc.

Utilizarea criteriilor teoretice poate conduce, de exemplu, la clasificări *cauzale* şi *funcţionale*.

a) Clasificarea după cauze – comportamente care au aceeaşi cauză (cunoscută sau presupusă) sunt grupate sub aceeaşi etichetă.

Exemplu : *comportamente sexuale* – comportamente a căror intensitate şi frecvenţă se află în relaţie cu schimbările hormonilor sexuali ; *comportamente materne* – comportamente declanşate de prezenţa copiilor ; *comportamente de competiţie* – comportamente declanşate de prezenţa unui rival etc.

Dacă avem în vedere structurile psihologice responsabile de producerea unor comportamente putem utiliza, de exemplu, clasificări de tipul : manifestări afective/cognitive ; manifestări voluntare/involuntare etc.

Principala problemă ridicată de clasificările cauzale este *identificarea validă a cauzelor*, o problemă dificilă dacă avem în vedere determinismul complex al comportamentului uman.

b) Clasificări funcţionale. Comportamentele au o anumită funcţie : de alimentaţie, de apărare, sexuală etc. De exemplu, comportamentele destinate obţinerii hranei sunt grupate în categoria comportamentelor alimentare. Un alt exemplu de clasificare funcţională poate fi întâlnit în psihologia industrială : comportamentele personalului dintr-o întreprindere pot avea funcţii de producţie, de vânzare, de cumpărare, financiare, de coordonare etc.

În practică, clasificările cauzale şi funcţionale se întrepătrund : deseori, comportamente cu funcţii similare au efecte similare asupra mediului.

2.3. Grile de observaţie

Grilele sau ghidurile de observaţie asigură caracterul sistematic al observaţiei. Am subliniat deja că a observa înseamnă a alege conştient sau inconştient anumite elemente din mediul supus observaţiei ; grilele de observaţie asigură caracterul sistematic al acestei selecţii, ele devin grile de „lectură" a realităţii observate şi transformă observaţia într-un „demers raţional" (R. Mucchielli, 1974).

Grilele de observaţie conţin mai multe unităţi de comportament ce urmează a fi observate. În alegerea acestor unităţi trebuie respectate mai multe *condiţii* :

1. Unităţile trebuie să fie *discrete şi exclusive* ; ele se referă la un număr finit de comportamente care au în comun anumite proprietăţi prin care se diferenţiază net de comportamentele care aparţin altei categorii.

2. Fiecare unitate trebuie să constituie o *categorie omogenă*, adică să cuprindă doar comportamente echivalente din punctul de vedere al criteriului folosit (formă, efect, cauză, funcţie etc.). Caracterul neomogen al categoriilor face dificilă, dacă nu imposibilă, identificarea regularităţilor, tendinţelor etc. care constituie obiectivul cercetării.

3. Fiecare unitate de comportament trebuie *bine precizată şi definită*. Scopul definiţiei este acela de a asigura fidelitatea şi constanţa unui instrument de măsură – în cazul nostru, observatorul – şi fidelitatea interobservatori.

Definirea unităţilor care intră într-o grilă de observaţie se realizează prin selectarea *criteriilor necesare şi suficiente* pentru ca un comportament să fie recunoscut şi repartizat într-o categorie sau clasă de comportament. Astfel, putem defini „comportamentul alimentar" ca fiind acel comportament prin care se introduce în gură un obiect comestibil, urmat de ingestia acestuia. Neglijăm astfel o serie de informaţii : felul în care este introdus în gură, caracteristicile obiectelor introduse în gură etc.

Uneori, *elemente contextuale* pot fi şi ele introduse în cadrul definiţiei categoriei. Se întâmplă deseori ca o unitate comportamentală să fie clasată sau definită diferit de altă unitate, doar pornind de la contextul în care se manifestă. Astfel, lovirea mesei în timpul unei reuniuni poate fi un comportament cu funcţie comunicativă importantă, în timp ce acelaşi comportament efectuat stând singur într-o cameră poate avea o cu totul altă funcţie.

Fiecare definiţie trebuie să fie, pe cât posibil, clară şi precisă ca să nu provoace interpretări şi utilizări diferite la observatori diferiţi. Totuşi, multe dimensiuni, deseori esenţiale pentru definiţia unităţilor comportamentale, sunt dificil de evaluat în absenţa unor instrumente de măsură (de exemplu : distanţa dintre indivizi, viteza de deplasare, manifestări comportamentale foarte rapide etc.).

4. *Criterii concrete sau abstracte*? Pentru definirea şi identificarea unităţilor comportamentale care intră într-o grilă de observaţie pot fi folosite atât criterii concrete, cât şi criterii abstracte. Dacă observaţia este utilizată nu în scop clinic, ci ca metodă de cercetare, se recomandă să nu se utilizeze în primele etape ale cercetării criterii abstracte. Acestea din urmă, aflându-se la un nivel de generalitate ridicat, sunt foarte stabile şi greu de modificat de faptele concrete neobişnuite. În acest caz se poate ajunge uşor la un cerc vicios : nu găsim decât ceea ce căutăm, iar ceea ce găsim poate fi uşor asimilat de teoria care a orientat căutarea. Un cercetător – spune D.W. Fiske – nu trebuie să-şi înceapă cercetarea cu concepte abstracte, care nu pot fi adecvat măsurate şi care, prin urmare, ar putea fi greu modificate în lumina rezultatelor empirice ; el are alternativa începerii prin a identifica acţiunile despre care crede că sunt importante în structura comportamentului (D.W. Fiske, 1978).

În cazul în care se utilizează criterii concrete, există posibilitatea unor reinterpretări şi din perspectiva altor teorii decât a celor la care cercetătorul a aderat iniţial. Astfel, unele categorii ar putea avea o conotaţie cauzală sau funcţională : vorbind de „ameninţare" în legătură cu comportamentul unui individ sugerăm o funcţie, în timp ce notând „strânge pumnul, ridicându-l" vorbim despre acelaşi comportament, dar fără conotaţia funcţională.

5. *Numărul de unităţi dintr-o grilă de observaţie* trebuie să fie limitat în funcţie de obiectivele cercetării. Este dificil să observi şi să notezi un număr mare de unităţi de observaţie. Putem discuta aici şi tendinţa spre multiplicare sau fuzionare a unităţilor de comportament. Multiplicarea unităţilor prin utilizarea de criterii din ce în ce mai analitice, mai concrete, sporeşte şansa descoperirii de noi relaţii între diverse comportamente ; această atitudine este utilă atunci când cercetătorul îşi începe cercetarea fără ipoteze precise. În cazul în care se dovedeşte că anumite criterii utilizate pentru a diferenţia între diverse comportamente se dovedesc nerelevante, categoriile pot fi unite în altele mai

generale. Dar dacă cercetarea începe cu categorii prea generale nu vom şti niciodată ce informaţii am pierdut, întrucât ele nu pot fi împărţite post factum în categorii mai specifice.

6. *Timpul – ca element al definiţiei unităţilor comportamentale*. Anumite comportamente au tendinţa să se manifeste într-o manieră repetitivă. În acest caz ne punem întrebarea dacă vom nota o singură apariţie sau toate apariţiile diferite. Dacă, de exemplu, o categorie a grilei de observaţie a comportamentului unui copil cuprinde manifestările ludice ale acestuia, observatorul va trebui să-şi pună mai multe întrebări : va nota la rubrica respectivă orice manipulare a unei jucării, va considera că are altă unitate comportamentală doar când copilul va trece la o altă jucărie ? Cât timp va trebui să treacă de la o secvenţă comportamentală la alta pentru a considera că jocul a fost întrerupt ?

Pentru ca toţi observatorii să dea aceleaşi răspunsuri la aceste întrebări, în astfel de situaţii definiţiile unităţilor comportamentale trebuie să conţină şi informaţii temporale : dacă un comportament este considerat ca fiind un eveniment punctual sau ca având o anume durată. După cum notează D.W. Fiske (1978), începutul şi sfârşitul unui comportament sunt momente deosebit de importante deoarece ele pot fi stimuli pentru alte comportamente. De aceea identificarea unui comportament observat necesită două aprecieri distincte : prima – că acest comportament a început, şi a doua – că acesta s-a terminat.

Sfârşitul unui comportament poate fi de cele mai multe ori începutul altui comportament (deoarece, după cum am mai spus, „noi nu putem să nu ne comportăm" – P. Watzlawick). De aceea putem reduce problema la determinarea sfârşitului unui comportament. Beaugrand consideră că o activitate este întreruptă când :

- începe o altă activitate ;
- când se schimbă locul sau obiectul activităţii ;
- când intervine o pauză sau un interval de timp mai lung decât cel considerat ca necesar şi suficient pentru a separa două ansambluri comportamentale.

În funcţie de criteriile de alegere şi definire a unităţilor de comportament incluse într-o grilă de observaţie, acestea pot fi de mai multe tipuri (S. Chelcea, 1975) :

- Din punctul de vedere al *gradului de cuprindere* a realităţii, sistemul de categorii poate fi *exhaustiv* – când toate actele comportamentale ale subiecţilor observaţi vor fi clasificate în categoriile stabilite, sau *nonexhaustiv* când grila de observaţie realizează o selecţie a comportamentelor manifestate de subiecţii observaţi. O grilă economică este o grilă nonexhaustivă şi se utilizează în cercetări care debutează cu ipoteze bine precizate.
- După *gradul de reflecţie* impus de sistemul de categorii la înregistrarea datelor de observaţie, acesta poate fi *înalt* sau *mediu*. Cu cât gradul de abstractizare al criteriilor utilizate în definirea unităţilor comportamentale este mai mare, cu atât gradul de solicitare a capacităţii de reflecţie, înţelegere şi decizie a observatorului este mai mare. Referindu-se la acest aspect, R. Mucchielli (1974) nota că metodologia observaţiei oscilează între două extreme : „să transforme observatorul în înregistrator, dacă se poate, automat... sau să i se atribuie posibilitatea de a aprecia, înţelege şi decide".
- În funcţie de numărul cadrelor de referinţă utilizate pentru stabilirea categoriilor, grilele de observaţie pot fi *unidimensionale* sau *multidimensionale*. Primul tip de grilă selectează comportamente omogene din punctul de vedere al criteriului sau cadrului de referinţă utilizat, în timp ce grilele multidimensionale surprind comportamente cu atât mai eterogene cu cât numărul de criterii şi cadre de referinţă este mai mare.
- în cadrul grilei, categoriile pot fi *continue* sau *discontinue*, după cum permit sau nu ordonarea lor ca intensitate. Deoarece evaluarea intensităţii presupune un anume reper sau cadru de referinţă, categoriile continue se întâlnesc de regulă în cadrul scărilor unidimensionale.

Câteva exemple din literatura de specialitate pot ilustra, credem, problemele pe care le ridică construirea şi utilizarea grilelor de observaţie, limitele şi resursele acestora ca instrumente de cercetare.

Probabil, cea mai cunoscută grilă de observaţie este grila lui R.F. Bales (1951) utilizată pentru studiul interacţiunii din cadrul discuţiilor de grup. Simplitatea grilei este unul din principalele sale atuuri ; în urma unor cercetări laborioase (1946-1949), Bales a reţinut din cele 85 categorii iniţiale un număr de 12 categorii ordonate pe două dimensiuni : valenţa socio-afectivă (pozitivă, negativă) şi tipul de intervenţie (pune întrebări/oferă răspunsuri). (Vezi tabelul nr. 1.)

Tabelul nr. 1 – *Grila de observaţie utilizată de R.F. Bales pentru studiul proceselor de interacţiune în cadrul discuţiilor de grup.*

A. Valenţa socio-afectivă (reacţii pozitive)	1. Manifestă solidaritate, încurajează, ajută, îi valorizează pe ceilalţi.
	2. Destinde atmosfera, glumeşte, râde, se declară mulţumit.
	3. Îşi exprimă acordul, acceptă tacit, înţelege.
B. Tipul de intervenţie (răspunsuri)	4. Face sugestii, indică o direcţie respectând libertatea celorlalţi.
	5. Formulează opinii, analizează, îşi exprimă dorinţele.
	6. Orientează, informează, repetă, confirmă.
C. Tipul de intervenţie	7. Solicită o orientare, informaţie, repetare, confirmare.
	8. Solicită o opinie, evaluare, analiză, exprimarea unui sentiment.
	9. Cere sugestii, direcţii, mijloace de acţiune posibile.
D. Valenţa socio-afectivă (reacţii negative)	10. Dezaprobă, refuz pasiv, nu oferă ajutor.
	11. Manifestă tensiune, frustrare, se retrage de la discuţie.
	12. Antagonism : opoziţie, îi denigrează pe ceilalţi, se afirmă pe el însuşi în defavoarea celorlalţi.

Grila lui Bales are un caracter *exhaustiv* din punctul de vedere al obiectivului urmărit (interacţiunea în cadrul discuţiilor de grup), este bidimensională deoarece vizează atât comportamentul afectiv, cât şi pe cel cognitiv, iar categoriile utilizate nu pot fi ordonate pe o singură axă funcţie de intensitatea interacţiunii pe care o exprimă (de exemplu, comportamentele din categoria 3 – „Îşi exprimă acordul, acceptă tacit, înţelege." – nu exprimă o participare mai intensă decât comportamentele din categoria 6 – „Orientează, informează, repetă, confirmă.").

Această grilă utilizează criterii aflate la un nivel ridicat de abstractizare şi de aceea solicită din partea observatorului un înalt grad de reflexie. De exemplu, experienţa, capacitatea de înţelegere a observatorului vor influenţa decizia acestuia dacă un comportament exprimă „acceptare tacită" sau „refuz pasiv". Trebuie să reţinem că grilele de observaţie cu un înalt grad de reflecţie trebuie utilizate de observatori bine antrenaţi, experimentaţi. În caz contrar, fidelitatea lor poate să se apropie de valori care să pună sub semnul întrebării adevărul rezultatelor cercetării.

Exemplul următor se referă la o grilă de observaţie care utilizează criterii mult mai concrete şi care, prin urmare, solicită mai puţin capacitatea de decizie a observatorului. (Vezi tabelul nr. 2.)

Tabelul nr. 2 – *Grilă de observaţie a aspectelor verbale ale interacţiunilor (A. Primel şi R. Plety, 1923, după A. Weil-Barais, 1997).*

1. Orientarea bustului	- poziţie care urmează orientarea scaunului - orientat spre partener - orientat sau aplecat spre alte obiecte decât partenerul		
2. Orientarea capului	- orientat sau aplecat spre partener - altă direcţie		
3. Contact fizic	- atinge partenerul		
4. Gestualitate extra-comunicativă	autocontact	ochi	înfundare
			frecare
		degetele mâinilor	
		altele	
	manipulare de obiecte		
	ritmică	balansare ritmică	cap bust picioare braţe, mâini altele
	mişcări repetitive particulare		
	de confort		
5. Gestualitate comunicativă	cvasilingvistică		
	gesturi coverbale	referenţiale	demonstrative
			ilustrative
			paraverbale
		expresive	

5. Gestualitate comunicativă	sincronizatori regulatori	verbali vocali gestuali verbali + gestuali vocali + gestuali

Citind o astfel de grilă, devine din ce în ce mai evidentă necesitatea definirii oricărei categorii din cadrul grilei şi, eventual, ilustrarea definiţiilor cu ajutorul unor exemple concrete.

Cu cât comportamentul observat este mai complex, cu atât utilizarea unei grile de observaţie ridică mai multe probleme. De aceea se recomandă ca definiţiile să fie însoţite şi de exemple concrete. Acestea facilitează deciziile observatorului privind introducerea comportamentelor observate într-o categorie sau alta, şi cresc fidelitatea şi validitatea grilei utilizate. Grila de observaţie utilizată de Romano şi colab. (1991) pentru observarea interacţiunii dintre pacienţii cu dureri cronice şi soţii/soţiilelor poate ilustra această afirmaţie. (Vezi tabelul nr. 3.)

Tabelul nr. 3 – *După R.I. Lanyon & L.D. Goodstein (1997), p. 132.*

Comportament	Descriptori	Exemple
Durere nonverbală	Expresii faciale ale durerii: mişcări lente sau restrictive; expresii paraverbale ale durerii; utilizarea unor suporturi; masarea unor părţi ale corpului.	Grimase, mers şchiopătat, utilizarea unei cârje.
Durere verbală	Afirmaţii indicând durere, limitări funcţionale etc.	„N-aş urca asta din cauza spatelui... !" „Ah, mă doare... !"
Solicitudine	Expresii verbale prin care ceilalţi se interesează de condiţia fizică sau confortul persoanei; ofertă de asistenţă; comportament ce descurajează pe celălalt să facă o activitate; asistenţă fizică sau ajutarea celuilalt să-şi îndeplinească sarcinile.	„Eşti sigur că poţi face asta cu spatele tău?" „Lasă-mă să te ajut... !" „Voi face eu asta. Tu odihneşte-te... !"
Comportament facilitativ	Complimente, felicitări, încurajări, laude, comportamente (altele decât cele de solicitudine sau durere) însoţite de afecte pozitive.	„Arăţi grozav !" „Ştiu că poţi face asta... !"

Comportament	Descriptori	Exemple
Comportament agresiv	Expresii de dezaprobare, de neplăcere, orientate spre celălalt: amenințări, certuri, refuzuri sau cereri, comportamente (altele decât cele legate de durere) însoțite de stări afective aversive (iritare, mânie, expresii sarcastice).	„Nu știi despre ce vorbești... !" „Fă singur treaba asta!"
Tristețe, epuizare	Plângeri indicând neplăcere în raport cu obiecte, situații și persoane (altele decât soțul sau soția); comportamente (altele decât durere sau solicitudine) însoțite de efecte disforice, anxietate.	„Sunt cu totul nemulțumit de serviciul meu!" „Mă simt mizerabil astăzi!" „Nu pot face nimic bun."

2.4. Procedee de înregistrare și eșantionare

Înregistrarea comportamentelor se află într-o strânsă legătură cu definirea și codificarea lor. De asemenea, alegerea tipului de înregistrare precum și a caracteristicilor comportamentale ce vor fi înregistrate influențează modalitățile ulterioare de prelucrare și interpretare a datelor.

Procedurile de înregistrare depind de tipul de observație practicat: observație directă realizată de cercetător sau autoobservație. În continuare vom prezenta câteva proceduri de înregistrare specifice acestor tipuri de observare.

2.4.1. *Proceduri de înregistrare specifice observației directe*

a) Înregistrări calitative. Multe din informațiile valoroase din punct de vedere psihologic există sub forma unor descrieri referitoare la anumite patternuri comportamentale. Această modalitate de înregistrare se întâlnește frecvent în observația naturală și în studiile de caz. Rezultatele activității observative realizate de J. Piaget cu privire la rezolvarea problemelor de către copii sunt prezentate, de cele mai multe ori, sub forma unor descrieri. Pentru ilustrare prezentăm următorul fragment:

> „Obs. 2. – A doua zi după naștere, Laurent apucă sfârcul cu buzele, fără să fie nevoie ca cineva să i-l țină în gură. El îl caută imediat atunci când sânul îi scapă din pricina vreunei mișcări. Tot în ziua a doua, Laurent începe să schițeze un supt în gol între mese, repetând astfel mișcările impulsive din prima zi: buzele se întredeschid și se închid ca pentru un supt adevărat, deși este lipsit de obiect" (Piaget, 1973, p. 34).

Comportamentele importante descrise într-o manieră sistematică pot servi ca bază pentru o teoretizare de tip inductiv sau pentru construirea unor ipoteze.

b) Contabilizarea răspunsurilor comportamentale. Una dintre procedurile de înregistrare și măsurare frecvent utilizate în domeniul observației o constituie, pur și simplu, contabilizarea numărului de ori în care un anume răspuns comportamental se manifestă. În literatura psihologică există numeroase exemple de utilizare a acestei proceduri. Având o grilă de observație, cercetătorul bifează în rubrica repartizată unui comportament anume ori de câte ori acesta apare.

Istoric vorbind, frecvența răspunsurilor a fost variabila dependentă cea mai des studiată în domeniul învățării, condiționării operante și memoriei. Tolman, Skinner și alți teoreticieni ai condiționării operante utilizează frecvența unor comportamente ca variabilă dependentă principală în studiile lor referitoare la rolul recompensei în învățare; primele studii asupra memoriei realizate de Ebbinghaus (1885) au utilizat ca variabilă dependentă numărul de silabe fără sens reproduse de către subiecți dintr-o listă prezentată anterior acestora.

Acest tip de înregistrare nu se limitează doar la domeniile menționate. De pildă, el poate lua forma contabilizării numărului de persoane care manifestă un anume răspuns sau o însușire, ori a numărului de răspunsuri comportamentale manifestate de subiecți în diverse contexte sociale.

c) Înregistrarea unor caracteristici temporale. Beaugrand enumeră câteva caracteristici temporale ale comportamentelor:

- *frecvența* – numărul de apariții ale unui comportament într-o unitate de timp; acest indicator este derivat, evident, din înregistrările menționate la punctul b);
- *secvența* – suită ordonată de comportamente; relație temporală între comportamente;
- *durata* – cantitatea de timp scursă între începutul și sfârșitul unui comportament;
- *latența* – cantitatea de timp scursă între debutul perioadei de observare sau a prezenței unui stimul și un comportament;
- *intervalul* – cantitatea de timp scursă între sfârșitul unui comportament și începutul altuia.

Caracteristicile temporale care vor fi întregistrate depind de obiectivele studiului, de tipul de observație, de dispozitivele tehnice utilizate. Este evident că o interpretare operată asupra duratelor va conduce la concluzii diferite decât una centrată pe frecvențe; în același timp, durata unui comportament poate fi mai semnificativă – în raport cu obiectivul cercetat – decât frecvența lui.

d) Înregistrarea intensității comportamentelor. Utilizându-și imaginația, cercetătorul poate înregistra intensitatea cu care subiecții manifestă anumite răspunsuri comportamentale. În studiile sale asupra structurii personalității, Allport (1933) a inclus, în mod obișnuit, înregistrări privind intensitatea, precum intensitatea vocii, presiunea scrisului, presiunea mâinii relaxate etc.

e) Evaluarea unor atribute. Tehnicile de înregistrare și măsurare menționate mai sus se referă la răspunsuri comportamentale. Ele au la bază observarea unor răspunsuri specifice sau scări care reflectă direct răspunsuri specifice. Deseori, cercetarea psihologică depășește domeniul comportamentelor specifice, propunându-și să evalueze diverse caracteristici.

Uneori, în acest scop, se utilizează scări de evaluare alcătuite dintr-o listă de control care vizează prezența sau absența unor caracteristici. Alte scări au mai multe grade de

intensitate. Într-o cercetare privind efectul atractivităţii fizice asupra comportamentului persoanelor de sex opus, Walster, Aronson, Abrahams şi Rottman (1966) au evaluat fiecare dintre subiecţii lor utilizând următorul tip de scală:

1	2	3	4	5	6	7	8
Foarte neatractiv							Foarte atractiv

Atunci când sunt utilizate mai multe scări pentru a evalua o trăsătură, se poate ajunge la o singură valoare a trăsăturii respective prin adunarea sau efectuarea mediei scorurilor obţinute.

2.4.3. *Proceduri de înregistrare specifice autoobservaţiei*

Atunci când este utilizată autoobservaţia, subiecţii primesc sarcina să înregistreze într-o manieră sistematică comportamentul lor. Apoi, cercetătorul codifică, analizează şi interpretează datele comportamentale înregistrate de subiecţi. Tehnicile de înregistrare cele mai frecvente în autoobservaţie sunt jurnalele, monitorizarea răspunsurilor comportamentale şi autorapoartele.

a) Jurnalele. Subiecţilor participanţi la cercetare li se cere să ţină jurnale cu scopul înregistrării unor comportamente diverse, cum ar fi conţinutul şi frecvenţa unor vise nocturne, alimentele consumate, comportamentul sexual etc.

Deşi în majoritatea cazurilor jurnalele conţin înregistrări calitative, cercetătorul poate extrage din ele şi unele informaţii cantitative. De exemplu, prin examinarea jurnalelor referitoare la visele nosturne se poate determina frecvenţa viselor cu conţinut anxiogen, cu conţinut sexual etc.

b) Monitorizarea răspunsurilor comportamentale. Multe din cercetările din domeniul modificării comportamentului au la bază autoobservaţia practicată de subiecţii înşişi. Una din tehnicile frecvent utilizate este contabilizarea numărului de ori în care cineva se angajează zilnic într-un comportament dezirabil sau indezirabil. Astfel, participanţii la un program destinat să-i ajute să se lase de fumat au înregistrat numărul de ţigări fumate zilnic (Kazdin, 1975). Această procedură furnizează participanţilor un feedback privind progresul obţinut, iar cercetătorului informaţii utile pentru evaluarea tehnicii de modificare a comportamentului utilizate.

În alte situaţii se poate cere subiecţilor să înregistreze durata unor activităţi zilnice; de exemplu, vizionarea programenlor TV, pregătirea temelor şcolare etc.

c) Autorapoartele. Una dintre cele mai utilizate tehnici de producere a datelor în timpul cercetărilor constă în a cere subiecţilor să descrie ceea ce simt în legătură cu ceva sau atunci când privesc ceva. Este evident că descrierile furnizate au la bază autoobservaţia, iar acest „ceva" poate fi un stimul senzorial, un cuvânt, o imagine, o problemă socială, altă persoană sau subiectul însuşi. Aceste descrieri pot lua forma exprimării acordului/dezacordului, evaluării magnitudinii, selectării unei alternative din mai multe

posibile, completării unor chestionare sau scrierii unei poveşti. Toate acestea au primit în literatura psihologică numele generic de *autorapoarte* (self-reports). Scările de atitudini, chestionarele de personalitate, unele din tehnicile proiective au la bază autorapoartele subiecţilor.

În multe cercetări, măsurarea adecvată a comportamentelor studiate este o condiţie necesară verificării ipotezelor. De aceea, înregistrarea comportamentelor observate este cu atât mai eficientă cu cât favorizează utilizarea unor anume tehnici de măsurare. Se poate observa uşor că tehnicile de înregistrare prezentate sunt într-o strânsă relaţie cu tehnici de măsurare specifice psihologiei.

Observaţia se poate realiza direct, „pe viu", sau ulterior producerii comportamentelor. În primul caz este nevoie de stabilirea unor coduri şi sisteme de notare care să faciliteze înregistrarea comportamentelor şi a caracteristicilor lor concomitent cu observarea acestora, în al doilea caz, observarea se realizează asupra unor înregistrări audio-video a comportamentelor care fac obiectul cercetării.

Când obiectivele cercetării sunt foarte clare şi se utilizează o grilă de observaţie, atunci fiecare comportament inclus în grilă primeşte un cod numeric sau pictural. Utilizarea unor astfel de coduri facilitează notarea caracteristicilor comportamentelor observate, transferul datelor obţinute către un calculator şi analiza statistică a acestora.

Înregistrarea audio-video a comportamentelor şi observarea lor ulterioară este o opţiune determinată de obiectivele cercetării. Înregistrările audio-video permit decodări ulterioare în funcţie de cadrul (cadrele) teoretice adoptate, observarea unor detalii prin derularea lentă a imaginilor, utilizarea succesivă a mai multor criterii de identificare a comportamentelor. Observarea interacţiunilor sociale sau a unor comportamente individuale cu durată scurtă şi derulare rapidă impune de cele mai multe ori utilizarea dispozitivelor de înregistrare audio-video. Totuşi, utilizarea acestor modalităţi de înregistrare prezintă şi unele inconveniente: obţinerea unor imagini bidimensionale, pierderea unor detalii prin utilizarea unor obiective superangulare sau prin alegerea preferenţială a unor unghiuri de înregistrare video, perturbarea subiecţilor de către aparatura utilizată, inclusiv de către reflectoarele utilizate pentru realizarea unei iluminări adecvate. În plus, utilizarea unei aparaturi audio-video performante poate antrena o colectare compulsivă a cât mai multor date, realizarea unor kilometri de înregistrări fără nici o legătură cu întrebările pe care şi le pune cercetătorul.

2.4.4. *Eşantionarea*

În momentul în care cercetătorul îşi începe observaţia el trebuie să specifice foarte clar nu numai procedurile de codare şi înregistrare, ci şi procedurile de eşantionare a comportamentelor pe care le observă.

O bună eşantionare asigură caracterul reprezentativ al informaţiilor obţinute şi prin aceasta generalizarea lor la nivelul tuturor comportamentelor care fac parte din categoria respectivă.

O tehnică de eşantionare frecvent utilizată este *eşantionarea timpului*; aceasta presupune ca observaţia comportamentelor să se desfăşoare sistematic, conform unei scheme temporale prestabilite. Intervalul dintre observaţii este astfel stabilit încât să mărească gradul de reprezentativitate a comportamentului care se află în desfăşurare şi care poate fi observat şi înregistrat. De pildă, într-un studiu desfăşurat cu mulţi ani în

urmă asupra copiilor preşcolari, Barker, Kounin şi Wright (1943) au observat şi înregistrat comportamentul fiecărui copil timp de un minut, la fiecare interval de cinci minute, pe parcursul unei lecţii de o oră.

Desigur, cu cât observaţia se întinde pe o perioadă mai mare de timp, cu atât informaţiile respective sunt mai reprezentative; în practică, cercetătorul trebuie să găsească cel mai bun raport între gradul de completitudine al observaţiei şi eficienţa sa. Dacă cercetarea îşi propune evidenţierea unor relaţii între comportamentul cercetat şi unele variabile, chiar ele cu valori influenţate de timp – atunci schema temporală a observaţiei trebuie să ţină cont de acest fapt. Dacă rămânem la exemplul comporta-mentului şcolar şi ne interesează influenţa oboselii asupra acestuia, atunci va trebui să includem în schema observaţiei unităţi temporale distribuite de-a lungul întregului program şcolar cotidian sau, pentru a face mai vizibilă această relaţie, includem în activitatea observativă unităţi temporale aflate la începutul şi sfârşitul programului şcolar zilnic. Acest exemplu ne permite să subliniem o idee deosebit de importantă: înainte de a stabili schema temporală a observaţiei, trebuie să obţinem informaţii cu privire la *gradul de variabilitate al comportamentului în funcţie de diverse condiţii* – eventual printr-o activitate observativă preliminară. Informaţiile obţinute ne vor permite să alegem procedura de eşantionare care să încorporeze, într-o manieră adecvată, această variabilitate.

Haynes (1978) consideră că, pentru a realiza o bună eşantionare a timpului, trebuie să avem în vedere utmătoarele aspecte:

- frecvenţa comportamentului;
- variabilitatea lui;
- specificitatea situaţională a acestuia;
- posibile schimbări în timp;
- complexitatea sistemului de înregistrare.

Observarea comportamentelor cu frecvenţă scăzută creează dificultăţi suplimentare. În astfel de situaţii, cercetătorii utilizează deseori observaţia continuă realizată de către un observator participant mai degrabă decât de un observator extern.

Când variabilitatea comportamentelor relevante pentru obiectivul cercetării este mare, atunci se impune alegerea evenimentelor care vor fi supuse eşantionării.

Problema *eşantionării subiecţilor* apare atunci când este dificil şi neeconomic să observăm toţi subiecţii disponibili; de exemplu, dacă ne propunem să observăm com-portamentul elevilor din timpul unei ore de clasă, atunci vom realiza un eşantion reprezentativ de subiecţi pentru populaţia care face obiectul studiului.

Întrucât comportamentul studiat poate fi influenţat de mulţi stimuli din contextul în care el apare, se impune *eşantionarea situaţiilor*.

3. Metodele observaţiei

Procedurile pentru observaţia comportamentelor pot fi grupate în patru categorii (Lanyon & Goodstein, 1997, p. 133):

1. observaţia necontrolată sau naturală;
2. observaţia controlată sau structurată;
3. autoobservaţia.

3.1. Observaţia naturală

3.1.1. *Consideraţii generale*

În ultimii ani s-au făcut auzite numeroase voci care pledează pentru un mai bun echilibru între tehnicile de laborator şi cele naturale utilizate în cercetarea psihologică. Din ce în ce mai mulţi cercetători sunt preocupaţi de stabilirea „validităţii externe" a rezultatelor descoperite în laboratoarele de cercetare psihologică. Cercetările desfăşurate în laborator au o serie de restricţii *morale* şi *temporale* (Ellsworth, 1977); cele morale au fost deja prezentate într-un capitol anterior. Referitor la restricţiile temporale, se consideră că studiile de laborator sunt limitate la studierea formelor acute sau reactive ale unor variabile de personalitate precum stima de sine, simpatia, implicarea. Stima de sine pe termen lung, prietenia sau implicarea pe termen lung nu numai că pot avea efecte destul de diferite în raport cu formele lor reactive, dar pot avea la bază şi procese psihologice diferite. În condiţiile în care cercetările de laborator bazate pe manipulări acute pot avea o generalitate destul de scăzută –, tehnicile naturale – între care şi observaţia – sunt din ce în ce mai utilizate.

Cea mai „pură" formă a observaţiei sistematice este *observaţia naturală* în care cercetătorul înregistrează nestingherit, fără ştirea subiecţilor, comportamentul acestora în mediul lor de viaţă. Dacă acest tip de observaţie se desfăşoară „ca la carte", comportamentul indivizilor observaţi nu este afectat de procesul observaţional (Evans, 1985). În practică, situaţia este mai complicată şi apar o serie de procese interacţionale între observator şi observat pe care nu totdeauna le putem controla (Mucchieli, 1974).

Studiile naturale reuşite sunt rezultatul unei planificări riguroase. Dacă dorim să organizăm un astfel de studiu, trebuie să avem în vedere mai multe aspecte:

- decizia referitoare la variabilele ce vor fi studiate şi comportamentele ce vor fi înregistrate;
- dezvoltarea unor tehnici de înregistrare şi grile de observaţie;
- planificarea eşantionării;
- antrenarea observatorilor.

Primele trei aspecte au fost deja abordate în paragrafele anterioare. Acum vom spune câteva cuvinte despre *antrenarea observatorilor*. Înainte de începerea unei cercetări trebuie să ne asigurăm că observatorii au cunoştinţele şi deprinderile necesare pentru efectuarea studiului. Trebuie să ne punem această întrebare chiar dacă noi – cercetătorii

care iniţiem studiul – suntem singurii observatori. Există multe lucruri care pot să invalideze rezultatele observaţiei naturale. Sunt observatorii conştienţi că nu trebuie să influenţeze comportamentul subiecţilor într-o manieră nefirească, artificială? Cum vor putea să ne comunice dacă perturbă starea normală a mediului studiat? Este posibilă observarea comportamentului subiecţilor fără a intra în mediul în care aceştia acţionează? Procedura de înregistrare ridică probleme? Cunosc observatorii foarte bine planificarea temporală şi locurile în care se desfăşoară observaţia?

Pentru a avea răspuns la aceste întrebări, de cele mai multe ori se realizează un *studiu pilot*. Un astfel de studiu asigură, în plus, o anume fluenţă a procedurilor utilizate şi stabilizează comportamentul observatorilor. De asemenea, studiul pilot oferă cercetătorului posibilitatea să verifice *fidelitatea inter-observatori* a procedurilor de înregistrare. Dacă doi sau mai mulţi observatori oferă date care diferă foarte mult, deşi au observat aceeaşi situaţie, atunci există probleme care trebuie remediate.

3.1.2. *Tehnicile observaţiei naturale*

Observaţia este „naturală" doar în măsura în care observatorul şi procesul observaţiei nu determină devierea comportamentului subiecţilor de la ceea ce este obişnuit, normal pentru ei în mediul în care sunt studiaţi. Această condiţie este îndeplinită doar în măsura în care:

a) indivizii observaţi „uită" ori nu sunt conştienţi de rolul lor de subiecţi într-o cercetare ştiinţifică;
b) procesul observativ nu creează situaţii sau evenimente care să fie percepute de subiecţi ca neobişnuite, neaşteptate sau noi.

Psihologii şi alţi specialişti în domeniul comportamentului utilizează o serie de tehnici pentru a realiza o observaţie cu adevărat naturală, nederenjantă pentru cei observaţi. Între acestea amintim: tehnica observatorului vizibil, dar ignorat, tehnica observatorului ascuns, utilizarea unor dispozitive de supraveghere şi înregistrare, crearea unor medii „facsimil".

a) Tehnica observatorului vizibil, dar ignorat. Observatorii care utilizează această tehnică fac eforturi minime pentru a rămâne invizibili pentru subiecţi. Ei încearcă, mai degrabă, să pară a fi elemente normale, neremarcabile şi aşteptate ale mediului natural. De fapt, subiecţii pot deveni conştienţi de prezenţa observatorilor, dar, dacă aceştia se situează într-o manieră naturală printre celelalte persoane din mediu, ei nu conştientizează faptul că sunt observaţi. Această tehnică conduce la rezultate bune când subiecţii observaţi sunt fiinţe umane, dar nu poate fi utilizată pentru studiul animalelor.

Literatura psihologică este plină de exemple în care s-a utilizat această tehnică. De pildă, într-un studiu asupra consumului de alcool de către cei care beau singuri sau în compania prietenilor, Somme (1977) şi studenţii care colaborau cu el s-au plasat, pur şi simplu, în rolul de partener, tovarăş de băutură în mai multe baruri şi au făcut notaţii criptice pe şerveţele aflate pe mesele la care se consuma băutura.

Dacă utilizăm această tehnică, trebuie să fim atenţi la felul în care arătăm, la modalităţile utilizate pentru a intra în mediu şi pentru a înregistra datele. Evident, felul în care ne îmbrăcăm, ne mişcăm şi vorbim trebuie să fie unul normal, obişnuit pentru

persoanele aflate în mediul pe care îl observăm, iar intrarea noastră în acest mediu să fie cât mai firească. De asemenea, înregistrarea observaţiilor necesită o prudenţă deosebită. În multe locuri, scrierea unor notiţe trezeşte suspiciune. În general, se recomandă luarea unor notiţe sumare într-o manieră discretă, notiţe care vor fi completate mai târziu prin utilizarea memoriei.

b) Tehnica observatorului ascuns. Când observatorul nu se poate amesteca firesc printre persoanele din mediul observat, observaţia naturală se poate realiza dintr-un punct de observaţie ascuns. Naturaliştii utilizează frecvent această tehnică în studiul comportamentelor animalelor, dar ea este utilă şi în studiul fiinţelor umane atunci când tehnica observatorului vizibil nu poate conduce la rezultate valide. Zimbardo (1969) a utilizat această metodă pentru studiul vandalismului. Pentru a cerceta incidenţa şi natura vandalismului comparativ în spaţii din oraş şi din campusul studenţesc, Zimbardo a depozitat automobile „abandonate" pe anumite străzi din cele două medii cercetate. Apoi observatorii săi, situaţi în clădirile din apropiere, au putut privi din aceste puncte ascunse, au fotografiat şi filmat persoanele care încercau să vandalizeze vehiculele fără ca prezenţa lor să fie detectată.

Practicarea acestei tehnici necesită o prudenţă la fel de mare ca şi practicarea tehnicii observatorului vizibil. Dacă invizibilitatea observatorului este o condiţie necesară pentru realizarea unei bune observaţii, atunci trebuie să ne asigurăm că observatorul poate rămâne invizibil pe toată durata observaţiei. Studiul pilot poate fi lămuritor în această privinţă. Utilizarea oglinzilor cu vedere unidirecţională nu garantează invizibilitatea observatorilor, mai ales când subiecţii sunt adulţi; ei pot deveni foarte suspicioşi când descoperă o oglindă situată în mijlocul unui zid.

c) Utilizarea unor dispozitive de supraveghere şi înregistrare. Dacă nu este posibil să observăm subiecţii direct, dintr-un punct ascuns, atunci putem să utilizăm dispozitive tehnice precum casetofoane şi camere video. Observatorul trebuie să fie familiarizat cu utilizarea lor şi să aibă abilitatea de a plasa microfoanele şi camerele video astfel încât să realizeze o bună înregistrare fără ca ele să fie detectate de către subiecţi.

d) Crearea unor medii facsimil (în miniatură). Deseori, este dificil, neeconomic şi problematic să studiem comportamentul într-un mediu natural. Dacă dorim, totuşi, să studiem un comportament *natural*, un compromis ar fi realizarea unui mediu care *simulează* condiţiile naturale de care suntem interesaţi. În măsura în care simularea este bună, subiecţii se vor comporta în acest mediu construit la fel ca în condiţiile naturale obişnuite. Un avantaj deosebit al acestei tehnici este acela că putem introduce uşor, sistematic, modificări discrete în mediu şi apoi să observăm efectul fiecărei schimbări.

În cercetările realizate în domeniul psihologiei sociale se utilizează deseori această tehnică. Este suficient să amintim cercetările lui Milgram asupra obedienţei sau cele realizate de Latané şi Rodin (1969) privind variabilele mediului social care influenţează voinţa persoanei de a oferi ajutor victimelor unor accidente. În această ultimă cercetare menţionată, subiecţii care credeau că participă la un studiu de piaţă, se aflau într-o cameră în care completau un chestionar. În funcţie de condiţia experimentală, ei completau chestionarul singuri, alături de un prieten sau în prezenţa unui străin. În acest timp, intervenea o urgenţă aparentă: în camera alăturată avea loc un „accident" şi cineva striga după ajutor.

Rezultatele studiului au demonstrat că oamenii acordă cu o mai mare probabilitate ajutorul când sunt singuri şi sunt mai puţin dispuşi să-şi ofere asistenţa când sunt însoţiţi de o persoană străină.

Medii miniaturale au fost realizate şi pentru studiul comportamentului animalelor. Astfel, Lorenz a studiat comportamentul de apărare al teritoriului la peşti utilizând un acvariu care simula habitatul natural al peştilor.

Referindu-se la această tehnică, unii cercetători utilizează sintagma „realism experimental" (Evans, 1985).

3.1.3. *Limitele observaţiei naturale*

Am evidenţiat deja câteva dintre resursele observaţiei naturale: capacitatea de a furniza date cu o bună validitate externă, de a aborda situaţii care nu pot fi studiate prin alte metode etc.

Acum vom face câteva consideraţii referitoare la limitele acestei metode. Cea mai evidentă limită a observaţiei naturale este *incapacitatea de a controla toate variabilele* implicate în fenomenul studiat. De aceea, orice concluzie de tip cauză – efect este riscantă şi poate deveni subiectul unor îndoieli serioase.

O altă problemă frecvent întâlnită este aceea că unele dintre datele rezultate din observaţii naturale *nu pot fi uşor de cuantificat*. În mod deosebit, atunci când ipotezele cercetării sunt prea generale şi se adoptă un demers inductiv, majoritatea datelor pot apărea frecvent într-o formă narativă. În astfel de cazuri, ele nu pot face obiectul unor analize statistice puternice. În plus, datele narative ar putea creşte repede în volum, făcând dificilă stocarea şi rezumarea lor.

O a treia limită generală a observaţiei naturale provine din *implicaţiile etice* ale metodei. Aspectele etice frecvent discutate sunt:

a) observarea şi înregistrarea comportamentului indivizilor fără a avea consimţământul lor;
b) posibile intruziuni în viaţa intimă a indivizilor.

3.1.4. *Observaţia participantă*

Observaţia participantă este o variantă a observaţiei naturale. Practicând acest tip de observaţie, observatorul îşi asumă un rol firesc în cadrul situaţiei sociale pe care o investighează, observând astfel din interior comportamentul membrilor grupului.

Această abordare este deosebit de utilă pentru obţinerea de informaţii detaliate despre motivele şi percepţiile sociale ale membrilor grupului şi pentru înţelegerea mecanismelor interpersonale profunde care operează în cadrul sistemului analizat. Studiul lui D. Rosenhan (1973) este o bună ilustrare a acestei tehnici. Autorul, şi alţi şapte colaboratori au reuşit să se interneze în diverse spitale psihiatrice, prezentându-se la birourile de internare şi raportând că aud din când în când voci. După ce au fost internaţi, au încetat să mai manifeste simptomele respective, comportându-se normal şi „sănătos", atât cât le permitea mediul spitalicesc. În ciuda adoptării imediate a unui comportament normal, pseudopacienţii au fost ţinuţi în spital timp de 19 zile, în medie (unul dintre ei a stat 52 zile) şi au fost externaţi cu diagnosticul de „schizofrenie în remisiune". Pe durata spitalizării, echipa lui Rosenhan şi-a notat experienţele trăite în acest mediu. Cea mai importantă concluzie a fost aceea că *mediul spitalicesc induce un sentiment de depersonalizare şi neputinţă*. Iată un fragment din studiul amintit:

> „Uneori, depersonalizarea atingea asemenea proporţii încât pseudopacienţii aveau impresia că sunt invizibili sau că nu merită nici cea mai mică atenţie. După internarea noastră, de exemplu, mai mulţi dintre noi (inclusiv eu) am fost supuşi primelor examene medicale într-o sală semipublică, în care personalul intra şi ieşea ca şi când noi n-am fi fost acolo" (Rosenhan, 1988, p. 152).

Observaţia participantă poate fi organizată pe diverse grade de „transparenţă".

În anumite studii participative, majoritatea subiecţilor ştiu, în principiu, că observatorul joacă un rol dublu. Acest nivel de transparenţă descarcă cercetătorul de povara principiilor etice referitoare la intruziunea în viaţa intimă şi păcălirea subiecţilor, dar are dezavantajul de a determina posibile reacţii la faptul de a fi observat. Al doilea nivel de transparenţă este cel în care doar câţiva membri-cheie ai grupului cunosc rolul dublu al observatorului. Avantajul acestei proceduri este acela că indivizii informaţi sunt, de obicei, figuri puternice în cadrul grupului, care sunt de acord cu obiectivele studiului şi facilitează acceptarea observatorului de către grup. În sfârşit, al treilea nivel de transparenţă este... lipsa acesteia. Observatorul intră în grup sub o falsă identitate şi nu informează pe nimeni din grup despre obiectivele sale. În acest caz, se speră că grupul îl va accepta pe noul venit, nu va deveni suspicios şi, prin urmare, va continua să se comporte în felul său obişnuit.

Principalul avantaj al observaţiei participante este acela că furnizează anumite informaţii din interior care nu pot fi obţinute printr-o observaţie de la distanţă. Există însă şi o serie de *limite practice*:

- În cazul în care identitatea reală a observatorului este cunoscută de unii din membrii grupului, comportamentele observate ar putea fi influenţate de acest fapt.
- Credinţele şi ipotezele observatorului pot conduce la percepţii şi rememorări selective; de asemenea, pe măsură ce gradul de familiarizare cu grupul creşte, observatorul poate deveni mai puţin sensibil la unele evenimente care iniţial i se păreau deosebite, remarcabile. Prin urmare, la sfârşitul unui stagiu observativ mai lung, cercetătorul poate afirma că grupul s-a schimbat când, de fapt, cel care s-a schimbat a fost el însuşi.
  (Observatorii participanţi ajung să fie atât de bine integraţi în grup încât, cu timpul, sentimentele personale şi identificarea cu grupul pot distorsiona procesul de colectare a datelor. De aceea, este foarte important ca observatorii participanţi să fie constant conştienţi de sentimentele lor şi de efectele potenţiale ale acestora.)
- Altă limită a observaţiei participante îşi are originea în dificultatea de a intra în grupul care ne interesează şi de a fi acceptat de acesta; în funcţie de dificultăţile anticipate, cercetătorul va adopta un anume grad de „transparenţă" a participării sale, asumându-şi în acelaşi timp avantajele şi limitele procedurii.

3.2. Observaţia controlată (sistematică)

3.2.1. *Consideraţii generale*

Dificultăţile pe care le ridică colectarea datelor în situaţii naturale au condus la dezvoltarea unor proceduri de studiere a comportamentelor în condiţii mult mai bine controlate. Aceste condiţii oferă oportunitatea unor observaţii sistematice precum şi posibilitatea unui control suficient al mediului, cu scopul provocării comportamentului care ne interesează. O importanţă deosebită o au situaţiile de laborator în care subiecţii sunt confruntaţi cu un număr de sarcini sau experienţe în condiţii mai mult sau mai puţin similare celor din viaţa reală. Aceste observaţii naturale controlate sau de laborator au fost utilizate cu mulţi ani în urmă în contextul selecţiei personalului, psihologiei industriale, cercetării personalităţii sub eticheta generală de *teste situaţionale* sau *eşantioane de lucru* (*work samples*).

Referindu-se la acest tip de observaţie, R. Mucchielli (1974) consideră că întreaga psihologie experimentală este observarea comportamentelor provocate în condiţii bine controlate.

În funcţie de obiectivele organizării unei situaţii controlate supuse observării, Mucchielli deosebeşte următoarele **tipuri de comportamente**:

- *Comportamentele evocate* – comportamentele pe care cercetătorul le face să apară datorită condiţiilor experimentale. De pildă, în cercetarea tendinţelor spre conformare, complici ai cercetătorului dezvoltă un anume comportament şi se observă cine şi câte persoane îi urmează.
- *Comportamentele amplificate* – pentru a amplifica un răspuns prezent, dar puţin vizibil, se intensifică sau se reduc proprietăţile situaţiei. Această strategie este utilizată, de pildă, în studierea relaţiei mamă – copil. Din această categorie face parte şi *tehnica interviului stresant* a lui Chaple (1940) care pune intenţionat la încercare tendinţele subiectului în situaţia de interviu (de exemplu, observăm cum reacţionează subiectul la o tăcere de 15 minute).
- *Comportamentele epurate în vederea măsurării*. Se poate „izola" o trăsătură şi crea o situaţie favorabilă evaluării cantitative a acesteia. Astfel, M. Sherif (1956), dorind să determine tendinţele grupurilor aflate în competiţie de a-şi amplifica performanţele în detrimentul celorlalţi competitori, a imaginat următoarea situaţie: a motivat două grupe într-o competiţie de cules păstăi, cu sarcina de a culege cât mai mult posibil într-un minut. După cules, el a introdus subiecţii într-o cameră şi le-a proiectat, timp de 5 secunde, imaginile succesive ale loturilor de păstăi presupuse a fi fost culese de participanţi. Subiecţilor li s-au cerut să facă aprecieri globale privind cantitatea de păstăi din fiecare imagine personalizată. Diferenţele au fost între 1/3 (evaluarea performanţei unui adversar) la de 3 ori (evaluarea performanţei unui prieten).

3.2.2. *Observaţia controlată în evaluarea clinică a personalităţii*

a) Observaţia în timpul rezolvării unor probleme. Recunoscând valoarea deosebită a actului observativ practicat în relaţia examinator – examinat, J. Guillaumin (1965) consideră examenul psihologic ca o observaţie sistematică, scurtă şi intensă. În acest context, el afirmă că „testele constituie mijlocul cel mai comod de a intensifica observaţia" (Guillaumin, 1965, p. 22).

Deşi există tendinţa de a considera testele în primul rând nişte instrumente psihologice de măsurare a performanţelor, tot mai mulţi psihologi atrag atenţia asupra importanţei felului în care subiecţii obţin o anume performanţă. Prin urmare, aplicând un test, trebuie să ne punem, în egală măsură, nu doar întrebarea „Cât?", ci şi „Cum?" a obţinut subiectul ceea ce a obţinut. Răspunsul la întrebarea „Cum?" ne este oferit de o observaţie atentă şi sistematică practicată în cursul examenului psihologic şi ne oferă informaţii importante despre personalitatea subiectului.

De altfel, A. Binet a fost printre primii autori care au înţeles şi au pledat pentru practicarea unei observaţii sistematice în cursul aplicării testelor. Comportamentul în timpul aplicării probelor este primul care trebuie observat. În revizia testului Binet-Simon realizată de Terman-Merril, observatorul este în mod expres invitat să-şi orienteze atenţia asupra următoarelor aspecte:

1. Atitudini în momentul începerii examenului, opoziţie, dispoziţie proastă, pasivitate, cooperare, entuziasm.
2. Atitudini în cursul examenului.
3. Răspunsuri la consemn.
4. Activităţi şi mişcări necontrolate.
5. Cuvinte.
6. Metoda spontană de lucru.
7. Reacţia la incidente materiale, insuccese, dificultăţi.

Adoptând o perspectivă clinică în evaluarea rezultatelor la diverse probe psihologice, Wittersheim (1980) a evidenţiat că anumite comportamente manifestate în timpul rezolvării unor sarcini cognitive şi psihomotorii pot fi asociate conduitelor etilice. De exemplu, în cazul testului B_{101} al lui Bonnardel – care constă în realizarea unor figuri geometrice prin utilizarea unui ansamblu de cuburi bicolore – comportamentul etilicilor este, în general, tipic: ei au tendinţa de a nu urma consemnele în ciuda insistenţelor examinatorului, de a se supăra şi critica materialul cu care lucrează. La testul de reacţii complexe Bonnardel (coordonarea mişcărilor), etilicii se manifestă mai frecvent prin înjurături, râsete, critici, tendinţe de abandon.

Interpretarea clinică a scărilor Wechsler furnizează elemente similare de înţelegere a personalităţii (Kellerman şi Burry, 1985). Astfel, anumite subteste sunt sensibile la anxietatea manifestată de subiect în timpul examenului (informaţie, aritmetică, memorie cifre, vocabular, cuburi şi ansamblare de obiecte). Altele, precum comprehensiunea şi aranjarea imaginilor, furnizează indicaţii privind gradul de interiorizare a normelor sociale. De asemenea, s-a constatat că nivelul de impulsivitate al subiecţilor poate influenţa scorurile obţinute la subtestele de aritmetică.

Se impune, totuşi, o anumită prudenţă în interpretarea indicilor comportamentali înregistraţi prin observaţie, deoarece probele efectuate de subiecţi sunt, prin construcţie, destinate evaluării altor dimensiuni ale personalităţii. Observaţia poate sugera ipoteze clinice care să conducă la o anumită strategie de evaluare a unor aspecte ale personalităţii prin probe specifice.

b) Observaţia comportamentului în timpul convorbirii psihologice. Analiza oricărei convorbiri psihologice vizează totdeauna două registre : informaţiile verbale furnizate de subiect în urma întrebărilor care i s-au pus, precum şi alte informaţii furnizate spontan de acesta ; informaţiile nonverbale furnizate printr-un limbaj al corpului şi care evidenţiază atitudini, motivaţii, stări afective etc.

Avertizăm că analiza convorbirii necesită multă experienţă, practică şi prudenţă : fiecare informaţie trebuie considerată ca un simplu indicator, psihologul trebuind să înţeleagă conduita în toată globalitatea sa. Chiar dacă anumite comportamente nonverbale pot indica un anumit stil de conduită, interpretarea lor posibilă trebuie confirmată sistematic şi de către alte informaţii.

Evaluarea comportamentului observat în timpul convorbirii se poate realiza la mai multe niveluri de standardizare. Formele cele mai flexibile sunt cele exprimate prin judecata unui expert : clinicianul expert evidenţiază un ansamblu de informaţii, apoi le sintetizează formulând o evaluare. Acest tip de evaluare necesită o practică clinică îndelungată şi nu este scutită de erori. În multe situaţii evaluarea are la bază o procedură standardizată. Această procedură se bazează pe criterii de evaluare bine definite, ierarhizate pe o scară cu mai multe puncte şi conduce, în general, la rezultate mai bune.

Vom ilustra acest tip de evaluare standardizată cu două exemple.

1. Scala de evaluare a anxietăţii a lui M. Hamilton. Pentru evaluarea anxietăţii există scări de autoevaluare precum scara lui Spielberger (1992) care evidenţiază anxietatea ca stare şi ca trăsătură. Scala de anxietate Hamilton (Cottraux şi colab., 1985) permite evaluarea anxietăţii de către clinician. După o convorbire clinică, psihologul sau medicul apreciază anxietatea pacientului funcţie de 14 criterii, fiecare criteriu fiind evaluat pe o scală cu 5 puncte :

0 = absent   4 = intensitate maximă

Dintre criteriile evaluate menţionăm cele referitoare la starea afectivă (dispoziţie, tensiune, frică etc.), la diferite sindroame neurovegetative (musculare, cardio-vasculare, gastro – intestinale etc.), la comportamentul manifestat în timpul convorbirii etc.

Iată descrierea criteriului *comportament manifestat în timpul convorbirii* :

Comportament general	Comportament fiziologic
Tensionat, neliniştit ; agitaţie nervoasă (mâinile, îşi freacă degetele, strânge pumnii, ticuri, strânge batista), instabilitate, mişcări du-te-vino, tremuratul mâinilor, frunte încruntată, facies tensionat, creşterea tonusului muscular, respiraţie sacadată, paloare facială.	Îşi înghite saliva, eructaţii, tahicardie în repaos, ritm respirator mai mare de 20/min., reflexe tendinoase vii, tremurături, dilataţie pupilară, exoftalmie, transpiraţie, clipit.

2. Scala de evaluare a autismului infantil (CARS). Scala CARS (Cottraux şi colab., 1985) îşi propune să evalueze gradul de autism la copil în baza observaţiei comportamentului în diferite situaţii (convorbire, situaţie familială, aplicarea unor probe etc.). Ea conţine 15 itemi evaluaţi pe o scală cu patru puncte. Itemii vizează diverse teme precum : comunicarea, reacţiile emoţionale, adaptarea fizică, registrul senzorial şi funcţionarea intelectuală.

Ilustrăm cu ajutorul itemului nr. 1, „Relaţiile cu persoanele din jur", principiul de alcătuire a scării CARS :

1. Nici o anomalie în reacţii. Nivel adecvat vârstei privind timiditatea, rezerva şi opoziţia sau reacţii în totalitate normale.
2. Anomalii minore cu o anumită lipsă a contactului vizual, opoziţie sau evitare, timiditate excesivă, lipsa reacţiei faţă de examinator.
3. Anomalii medii. Retragere importantă (copilul poate părea uneori indiferent la prezenţa unui adult), pentru obţinerea unui răspuns este nevoie de o intervenţie importantă. Contactul iniţiat de copil este minim şi deseori impersonal.
4. Anomalii severe. Retragere intensă, evitare, indiferenţă. Copilul răspunde rareori examinatorului. Copilul nu iniţiază decât rareori sau deloc o interacţiune. Doar o intervenţie extrem de importantă a adultului poate provoca un răspuns.

Fiecare item al CARS este precedat de o definiţie şi de elemente care permit provocarea comportamentelor şi organizarea observării acestora. Buna standardizare a observaţiei şi alcătuirea itemilor în baza mai multor modele privind autismul conferă scării CARS bune calităţi psihometrice, permiţând clasarea copiilor, funcţie de scorul global obţinut, în trei grupe : neautişti, autism lejer, autism sever.

c) Interacţiuni structurate. Evaluarea interacţiunilor prin sarcini structurate utilizează grile de observaţie şi proceduri de înregistrare asemănătoare celor utilizate în observaţia naturală. De exemplu, pentru a evalua relaţia dintre soţi, aceştia pot participa la şedinţe de 10 minute, în care încearcă să rezolve conflicte din diverse domenii. În acest timp, utilizând o anume grilă de observaţie, cercetătorul înregistrează şi evaluează comportamentul fiecăruia.

d) Observarea comportamentului în timpul jocurilor de rol. Utilizând tehnica jocului de rol, subiecţii ştiu că situaţia este simulată, dar li se cere să se comporte ca şi cum s-ar afla în situaţii reale de viaţă. În una dintre primele utilizări ale acestei tehnici, McFall şi Marston (1970) au dezvoltat un test pentru evaluarea comportamentului asertiv în care jocul de rol realizat de subiecţi era înregistrat audio-video. Subiecţilor li s-a cerut să reacţioneze la 16 situaţii ipotetice, care necesitau un comportament asertiv, iar gradul de asertivitate manifestat de ei a fost evaluat de judecători independenţi. Itemii testului au fost construiţi în baza unui proces laborios, în timpul căruia, dintr-o listă de 2000 situaţii care solicitau comportament asertiv au fost reţinuţi, în urma unor analize statistice complexe, doar cei 16 itemi prezentaţi subiecţilor.

Alte situaţii în care a fost utilizată această tehnică : evaluarea deprinderilor sociale ale delicvenţilor tineri şi elevilor, evaluarea comportamentelor adaptative ale alcoolicilor etc.

e) Observarea comportamentului în timpul situaţiilor de laborator similare situaţiilor reale. Situaţiile de laborator analoage situaţiilor reale, numite şi *experimental analogs* (Lanyon şi Goodstein, 1997) sunt utilizate, în special, pentru evaluarea comportamentului

nonverbal. Un astfel de exemplu este *testul de evitare comportamentală* care își propune să evalueze intensitatea unor fobii specifice. De pildă, pentru a realiza o evaluare cantitativă a unor persoane care se temeau de șerpi, Lang și Lazovik (1963) le-a cerut să se apropie sistematic din ce în ce mai mult de un șarpe inofensiv, în condiții de laborator bine controlate. Distanța cea mai mică față de șarpe la care subiecții au reușit să se plaseze a fost convertită în scoruri de evitare comportamentală. Alte situații de laborator și-au propus să modeleze nu comportamente din viața reală, ci *procese*. Astfel, Lindsley (1960) a organizat un proces de întărire operantă a comportamentelor unor pacienți psihiatrici internați. Ei puteau obține bomboane, țigări etc. ori de câte ori realizau un anume comportament, situație care a pus în evidență natura factorilor ce influențează comportamentul pacienților în viața reală.

f) Măsurători fiziologice. Măsurătorile fiziologice își propun să evalueze statusul fiziologic al subiecților în anumite situații. Deoarece relația dintre parametrii fiziologici și caracteristicile personalității cuiva este departe de a fi complet elucidată, doar o parte din aceste măsurători sunt considerate relevante pentru evaluarea personalității și comportamentului interpersonal. Totuși, la sfârșitul secolului XX, evaluarea psihofiziologică a făcut progrese semnificative datorită dezvoltării unor echipamente electronice computerizate pentru monitorizarea răspunsurilor corporale și a unei mai bune înțelegeri a relațiilor dintre răspunsurile sistemelor fiziologice, cognitive și emoționale.

Nivelul de stimulare corporală este cea mai frecvent evaluată stare psihofiziologică. O serie de cercetări și teorii sugerează că elementul comun al stărilor plăcute precum relaxarea profundă și meditația îl reprezintă un nivel scăzut al stimulării corporale. Aceste cercetări stau la baza multor tehnici de biofeedback care își propun controlul unor parametri psihofiziologici cu scopul diminuării tensiunii psihice și stresului. Cei mai relevanți indicatori măsurați sunt activitatea electrică a mușchilor (EMG), pulsul, tensiunea arterială, activitatea electrodermală și anumite structuri electroencefalografice (EEG).

O altă utilizare a procedurilor de evaluare fiziologică o reprezintă *detectarea minciunii*. Procedurile testului de detectare a minciunii includ măsurarea unor multipli parametri fiziologici precum pulsul, tensiunea, rezistența electrică a pielii, EMG etc., în timp ce individul răspunde la întrebări legate de tema de interes. Procedurile au la bază premisa că patternul acestor răspunsuri este diferit atunci când subiectul minte față de situația în care el spune adevărul. În ciuda popularității procedurilor de detectare a minciunii, majoritatea cercetărilor tind să concluzioneze că afirmațiile privind validitatea tehnicii sunt exagerate. De aceea, în prezent, în SUA acest tip de teste sunt fie excluse, fie sever restricționate în utilizarea lor ca dovezi în timpul proceselor.

3.3. Autoobservația

Ideea că autorapoartele pot conține informații utile cercetării psihologice și cunoașterii personalității cuiva are o istorie agitată. De când A. Comte a rostit celebrul aforism „nu poți sta la fereastră pentru a te vedea trecând pe stradă", introspecția a fost ștearsă de pe lista metodelor utilizate în psihologie, iar întrebuințarea ei a devenit ridicolă.

Psihologia comportamentistă pune între paranteze „cutia neagră" a psihismului uman, universul interior, a cărui cercetare nu se poate conforma exigențelor științifice, iar

Freud și toți psihologii de orientare psihodinamică afirmă imposibilitatea autocunoașterii, deoarece introspecția nu poate avea acces decât la date lacunare, parțiale, deformate de mecanismele de apărare și, prin urmare, fără nici o valoare.

Sintetizând critica adusă introspecției, A. Lalande menționează următoarele:

1. Faptul observat prin introspecție se alterează prin actul însuși al observației.
2. Stările afective intense sunt mai puțin accesibile observației interne.
3. Prin introspecție nu se pot sesiza decât fenomene psihice conștiente, care nu constituie însă decât o parte din viața psihică a omului.
4. Ideile preconcepute falsifică interpretarea fenomenelor proprii într-o mai mare măsură decât în observația îndreptată asupra altora. Pe scurt: iluzii individuale, incapacitate de generalizare și obiectivare, îngustime și autosugestie (după V. Pavelcu).

Totuși, introspecția, atât de criticată, a fost reintrodusă în psihologie prin intermediul convorbirii și chestionarelor; răspunsurile subiecților presupun adesea o introspecție care este lacunară și subiectivă. De asemenea, psihanaliza, ca teorie, metodă și psihoterapie are la bază introspecția, autoobservația. Tocmai de aceea terapia psihanalitică este eficientă în primul rând cu persoanele ce au o bună capacitate de introspecție și de verbalizare a observațiilor interne.

Tot mai multe studii clinice demonstrează că autoobservația fidelă și adecvată este o deprindere ce se poate învăța prin utilizarea unor tehnici specifice. Un factor care stimulează utilizarea frecventă a autoobservației este *economicitatea* ei. Autoobservatorul este totdeauna pregătit, disponibil și, de cele mai multe ori, nu trebuie plătit. Autoobservația este deosebit de importantă în evaluarea unor evenimente interne, inaccesibile unui observator extern (gânduri, imagini, emoții etc.).

Am amintit deja diverse mijloace de înregistrare utilizate în autoobservație: jurnalele, monitorizarea răspunsurilor comportamentale, autorapoartele. Prezentăm în continuare, pe scurt, automonitorizarea și autoînregistrarea manifestărilor comportamentale, cognitive și afective ca tehnici de evaluare psihoterapeutică.

Reconstrucția statică a problemelor comportamentale prin intermediul unui interviu clinic realizat în cadrul unui birou prezintă riscul deformării conținutului verbal, expresiilor gestuale, conștientizării, datorită caracteristicilor situației de interviu și a proceselor relaționale specifice acesteia. De aceea se preferă abordarea dinamică a problemelor pe măsura manifestărilor lor. În acest caz se poate cere pacientului să înregistreze un comportament motor (de pildă fumatul) și să-l pună în relație cu situații, emoții sau gânduri. Problema pusă de această tehnică este *reactivitatea* ei: priza de conștiință realizată cu prilejul autoobservării poate crește capacitatea de autocontrol privind problemele înregistrate, dar există și riscul unor efecte inverse – centrarea pe problemă poate accentua trăirea problemei. În ciuda acestor dificultăți metodologice, autoînregistrarea reprezintă o metodă de evaluare *in vivo* care facilitează analiza comportamentală *in vitro* (Cottraux, 1985).

Prezentăm pentru ilustrare o fişă de autoînregistrare propusă de A. Beck:

Nume .... Prenume		Vârstă ....
Data examenului		
Situaţia	Emoţii	Gânduri automate
Să se descrie: 1. Evenimentul precis care a produs emoţia neplăcută *sau* 2. Şirul de idei, gânduri, amintiri, reverii etc. care a produs emoţia neplăcută.	1. Să se specifice: agresiv, anxios etc. 2. Evaluaţi intensitatea emoţiei pe o scară de la 0 la 8.	1. Scrieţi gândurile automate care au precedat emoţia. 2. Evaluaţi nivelul de încredere în aceste gânduri automate pe o scară de la 0 la 8.

Învăţarea autoobservării. Procedurile pentru însuşirea deprinderilor de autoobservare nu sunt încă pe deplin sistematizate. În mod normal, oamenii nu sunt buni autoobservatori, încât în multe cazuri (în scop terapeutic, pentru dezvoltarea personală, pentru însuşirea unei profesii etc.) în care autoobservaţia se impune ca metodă utilă de cunoaştere şi evaluare, un antrenament specific este esenţial. Thorenson şi Mahoney (1974) au enumerat o serie de *factori* care s-au dovedit a fi utili în învăţarea autoobservării: *modelarea, feedbackul adecvat imediat, întărirea sistematică şi transferul treptat al responsabilităţii înregistrării de la o sursă externă la sine.*

R. Mucchielli (1974) prezintă câteva *tehnici de îmbunătăţire a cunoaşterii de sine* prin dezvoltarea capacităţii de autoobservare.

Una din aceste tehnici îşi propune îmbunătăţirea capacităţii de autocunoaştere prin *confruntarea imaginii de sine cu imaginea pe care ceilalţi o au despre persoana în cauză*. Oamenii nu-şi cunosc bine, uneori aproape deloc, vocea, imaginea mâinilor, profilul etc.; Wolff (1930) a demonstrat experimental acest fapt. Pentru a favoriza autocunoaşterea, s-a imaginat confruntarea unui autoprofil (stabilit cu ajutorul chestionarelor sau listelor de adjective) cu un profil stabilit de persoane care cunosc bine subiectul în cauză. Astfel, subiectul este pus în faţa imaginii sale sociale. T-grupul favorizează confruntarea între imaginea pe care cineva o are despre sine şi imaginea sa socială, aşa cum este ea reflectată de membrii grupului. Confruntarea favorizează autocunoaşterea şi schimbarea persoanei, cu condiţia ca persoana supusă procesului de confruntare să creadă în veridicitatea opiniilor celorlalţi despre ea însăşi. Dacă la acest fapt adăugăm şi intervenţia unor mecanisme de apărare înţelegem mai bine limitele tehnicii. O parte dintre limite sunt depăşite de tehnicile audio-video de *autoobservare şi autoconfruntare*. Tehnica cea mai utilizată este înregistrarea audio-video, apoi vizionarea şi comentarea liberă imediată de către autoobservator. Unele variante ale tehnicii permit vizionarea instantanee pe un ecran (feedback imediat) ori vizionarea ulterioară a unor filme de montaj cu momentele cele mai semnificative.

Deoarece confruntarea cu propria imagine poate fi o sursă de disconfort, este nevoie ca subiecţii care participă la un astfel de demers să-şi exprime acordul şi să se evite prezenţa unor persoane străine (când este vorba de un grup, este nevoie de un acord deontologic pentru evitarea criticilor celorlalţi).

Tehnica este frecvent utilizată în procesul de formare pentru o profesie, un rol sau o activitate specializată (activităţi sportive, învăţarea unei limbi străine, reeducare etc.). Psihoterapia beneficiază şi ea de tehnicile autoconfruntării, mai ales în abordarea unor probleme precum alcoolism, anorexie, tulburări ale imaginii corpului şi controlului muscular etc.

Utilizând aceste tehnici, Mucchielli consideră că lui Comte i se poate răspunde: „Da, poţi sta la fereastră şi să te vezi pe tine însuţi trecând pe stradă".

4. Scurte consideraţii psihometrice

Deşi tehnicile de observaţie sistematică s-au dezvoltat relativ rapid şi cu rezultate pozitive, criticile cele mai frecvente vizează incapacitatea lor de a se conforma standardelor psihometrice ale validităţii şi fidelităţii.

Fidelitatea, definită ca repetabilitate a măsurării, este influenţată de o serie de probleme deja menţionate. Să le reamintim:

- eşantionarea adecvată a comportamentului prin raportare la timp, situaţii, subiecţi;
- reacţia subiecţilor la faptul de a fi observaţi;
- abilităţile observative ale cercetătorului şi caracterul autoconfirmativ al aşteptărilor lui.

Lipinski şi Nelson (1974) au enumerat trei factori care îmbunătăţesc calitatea rapoartelor realizate de observatori:

a) cunoaşterea rezultatelor aşteptate;
b) feedbackul evaluativ din partea altei persoane;
c) cunoaşterea faptului că se va realiza o evaluare a fidelităţii rezultatelor obţinute.

La aceştia se adaugă, după opinia multor cercetători, un antrenament sistematic al observatorilor.

Validitatea. După cum se ştie, o procedură de evaluare este validă în măsura în care ea măsoară ceea ce se presupune că măsoară. Deoarece evaluarea comportamentală implică o *eşantionare directă* a comportamentelor care ne interesează, cel mai importamt aspect al validităţii este *validitatea de conţinut* – gradul în care procedura de evaluare se realizează asupra unui eşantion reprezentativ al „universului conţinutului" comportamentului pe care ne propunem să-l studiem. Utilizarea unor situaţii de evaluare artificiale, de laborator, prezintă riscuri privind validitatea observaţiei. În evaluarea clinică, unde variabilele care controlează comportamentul-ţintă (antecedente şi consecinţe) trebuie şi ele evaluate, utilizarea situaţiilor de laborator este chiar riscantă. Din această cauză putem să punem sub semnul întrebării însăşi validitatea acestui tip de abordare. Putem să considerăm totuşi că potenţialul de validitate al observaţiilor realizate în laborator există doar în măsura în care variabilele care controlează în viaţa reală problema comportamentală ce trebuie evaluată sunt prezente şi în laborator.

Conştienţi de limitele observaţiei, amintim că fiecare metodă sau modalitate de evaluare ridică probleme specifice şi, de aceea, pentru o evaluare psihologică cât mai corectă se impune utilizarea unui demers *multimodal*.

5. Procese psihologice şi psihosociale implicate în activitatea observativă

Dacă în ştiinţele naturii subiectivitatea observatorului poate fi uşor pusă între paranteze, iar modificările posibile induse fenomenului observat sunt previzibile, reproductibile şi, prin urmare, uşor de controlat, în cadrul ştiinţelor socio-umane relaţia observator – observat capătă toate atributele oricărei relaţii sociale, influenţând ambii actori sociali într-o manieră care ar putea pune sub semnul îndoielii rezultatele observaţiei.

5.1. Distorsiunile observaţiei provocate de observator

a) Efectele centrării, asimilării, contrastului, ancorării şi haloului. Eroarea de centrare (Piaget) are la bază procese psihofiziologice prin care aspectele fixate într-o panoramă plurisenzorială tind să fie supraevaluate, supraestimate în raport cu celelalte. Astfel, dacă observatorul se centrează asupra diferenţelor minime pe care le-a observat între diverse obiecte, acestea tind să fie exagerate (*eroare de contrast*), în timp ce, dacă atenţia observatorului este atrasă de asemănările dintre obiecte mai degrabă decât de deosebirile dintre ele, obiectele tind să fie considerate identice sau similare (*eroare de asimilare*).

Deşi observatorul are credinţa că evaluează un singur stimul, contextul în care se desfăşoară observaţia se constituie într-un cadru de referinţă în care observatorul se *ancorează* într-o manieră inconştientă. Evaluând succesiv performanţa unor persoane, rezultatele evaluărilor anterioare funcţionează ca ancore şi puncte de referinţă pentru evaluarea prezentă. Astfel, faptul de a fi precedat de mai mulţi subiecţi strălucitori, conduce la o subevaluare, în timp ce faptul de a fi precedat de subiecţi mediocri conduce la o supraevaluare.

Efectul de halou are la bază procesul de „iradiere" a evaluării unei dimensiuni asupra altei dimensiuni. Astfel, aprecierile făcute asupra aspectului fizic pot influenţa aprecierile asupra unor caracteristici de personalitate sau, de pildă, apreciind laudativ comportamentul participativ al cuiva vom avea tendinţa de a supraestima nivelul său intelectual.

b) Selectivitatea atenţiei şi memoriei. Se ştie deja că atenţia, cu cât este mai concentrată, cu atât este mai selectivă. Atenţia, ca fenomen psihologic fundamental al observaţiei ştiinţifice, este orientată de aşteptări, credinţe, teorii care, în virtutea selecţiei pe care o operează, pot avea efecte autoconfirmative.

În ceea ce priveşte memoria, întrucât nu putem observa şi nota în acelaşi timp, suntem nevoiţi să înregistrăm rezultatele observaţiei după un anume interval de timp. Datorită deformărilor pe care le poate introduce uitarea, se recomandă ca acest interval de timp să nu fie prea mare (el să poată fi măsurat în minute, în cel mai rău caz în ore). Nu doar uitarea poate deforma observaţiile memorate, ci şi aşteptările şi credinţele observatorului (J. Bernaud, 1998).

c) Efectele categorizării spontane şi teoretice. În faţa realităţii, observatorul face, în mod firesc, eforturi de înţelegere şi notare. Pentru aceasta, el utilizează propriul vocabular, fapt care antrenează categoriile sale de decodificare, stereotipurile sale, experienţele sale etc. Teoreticienii programării neurolingvistice au evidenţiat deja că imaginea (harta) pe care ne-o formăm despre realitate este efectul unor filtre psihologice, fiziologice şi sociale, între acestea limbajul ocupând un rol deosebit. De aceea, oricât de obiectivi şi de necontaminaţi ne-am considera, „harta" nu trebuie confundată cu teritoriul, imaginea cu realitatea.

Efectele categorizării au o anumită inerţie şi împiedică, în multe cazuri, realizarea unor observaţii adecvate, chiar când realitatea intră în dezacord evident cu categoriile utilizate iniţial pentru decodificarea ei. Astfel, dacă se proiectează în faţa unui subiect imaginea vagă a unui obiect familiar, imagine care este focalizată progresiv, cercetările arată că, dacă subiectul numeşte incorect obiectul la început (proastă categorizare determinată de imaginea neclară), această categorizare împiedică ulterior identificarea corectă a obiectului, chiar când imaginea clară nu mai poate induce eroarea (Mucchielli, 1974).

Cu atât mai uşor devenim prizonierii unor categorii şi stereotipuri care îşi au originea în formaţia noastră profesională şi în teoriile la care aderăm. Teoria „disonanţei cognitive" (Festinger) a demonstrat că ansamblul de concepte prin care noi decodificăm, înţelegem informaţiile formează un „sistem" care intervine ca un filtru, un selector şi un transformator al informaţiilor.

d) „Ecuaţia personală" a observatorului. În 1816, astronomul german Bessel, observând că erorile comise de diferiţi astronomi care efectuau aceeaşi observaţie nu sunt total imprevizibile şi că fiecare avea, în mod repetat, tipul său de eroare, a sugerat noţiunea de „ecuaţie personală a observatorului".

Prin urmare, fiecare observaţie poartă marca acestei „ecuaţii", ansamblu de factori psihofiziologici şi de personalitate care fac ca un protocol de observaţie să ne informeze, în egală măsură, atât asupra personalităţii observatorului, cât şi asupra obiectului observaţiei sale.

Analizând „ecuaţia personală a observatorului", Mucchielli introduce în această categorie:

– *tipurile perceptive* (Binet): tipul descriptiv (minuţios, sec); tipul evaluativ (observatorul cu tendinţa de a evalua, interpreta, judeca); tipul erudit (furnizează informaţii savante suplimentare); tipul imaginativ şi poetic (observatorul care neglijează datele, faptele şi dă frâu liber imaginaţiei).

– *factorii care diferenţiază observatorii între ei* conform cercetărilor efectuate de Vernon şi Gardner:

1. tendinţa nivelantă/tendinţa accentuantă; observatorii primului tip sunt ancoraţi în contextul prezent în timp ce ceilalţi, mai activi, rămân mai mult timp ancoraţi în experienţele trecute;
2. capacitatea de articulare a câmpului perceptiv – capacitatea de a surprinde relaţiile dintre fapte;
3. lărgimea/îngustimea câmpului de observaţie – se referă la raportul dintre volumul şi concentrarea atenţiei specifice fiecărui observator;
4. capacitatea de a rezista la perturbările nerealiste ale percepţiei – în relaţie cu capacitatea de a diferenţia între obiectivitatea şi subiectivitatea „faptelor" şi „interpretărilor" lor.

– *proiecţia* – are la bază o anume similitudine între observator şi observat şi favorizează o identificare relativă a primului cu cel de al doilea. Această identificare relativă facilitează, până la un anume punct, observarea şi înţelegerea celor observate. De pildă, observaţia persoanelor în vârstă dintr-un cămin de bătrâni va fi mai bine realizată de un observator vârstnic decât de unul tânăr.

Totuşi, dincolo de această identificare relativă, proiecţia antrenează o deformare masivă a faptelor observate : proiectăm credinţe, temeri, aşteptări, convingeri ideologice etc. ; îi facem pe ceilalţi să spună ce vrem noi, auzim şi vedem doar ceea ce este în acord cu filtrele noastre interioare.

În forme accentuate, acest fenomen poate face, practic, ca observaţia să fie imposibil de realizat ; sunt psihologi incapabili să observe persoane cu handicap, bolnavi mental sau bătrâni.

În cadrul psihologiei mărturiei, proiecţia se regăseşte în aşa numitele „erori de bună credinţă".

– *interpretarea personală* – fenomen legat de proiecţie şi care constă în a atribui faptelor reale semnificaţii izvorâte din universul personal.

5.2. Observaţia – ca situaţie socială interactivă

a) Atitudinile şi aşteptările observatorului. Experienţa directă a unui fapt este considerată deseori drept criteriu suprem al adevărului. „Nu cred până nu văd" spunem frecvent, uitând că, de fapt, devenim prizonierii unui raţionament circular, deoarece, în aceeaşi măsură, nu vedem decât ceea ce credem. În aceeaşi situaţie se află, nu de puţine ori, şi omul de ştiinţă. El are nevoie de o teorie şi ipoteze de referinţă care să-i orienteze cercetarea ; în acelaşi timp teoria şi ipotezele creează aşteptări care deformează observaţia în direcţia confirmării acestora. Printre tinerii cercetători şi studenţi există deja opinia că o bună cercetare este aceea în care ipotezele sunt confirmate ! Aşteptările cercetătorului pot deveni „predicţii ce se autoîmplinesc" (*self-fulfilling prophecies*). Nu numai noi îi observăm pe subiecţi, ci şi ei ne observă pe noi, astfel încât aşteptările noastre, descifrate în baza unor manifestări comportamentale inconştiente (postură, mimică, gesturi etc.) influenţează comportamentul subiecţilor observaţi (Rosenthal, Jacobson, Barber, Silver, 1972).

Pentru a diminua acest efect se utilizează scheme experimentale cu persoane interpuse – aşa numitele scheme „dublu orb" : primul „orb" este unul din asistenţii cercetătorului aflat în contact cu subiecţii şi care nu cunoaşte ipotezele cercetătorului, iar al doilea „orb" este subiectul care, nici el, nu cunoaşte aceste ipoteze şi aşteptări. Schema se utilizează frecvent în testarea efectelor unor medicamente comparativ cu substanţe placebo. S-a constatat că sunt situaţii în care nici această schemă nu elimină complet efectul aşteptărilor cercetătorului, deoarece există riscul ca persoana interpusă între cercetător şi subiect să nu rămână pe tot parcursul experimentului complet „oarbă".

b) Reacţia subiecţilor la faptul de a fi observaţi. Subiectul observat nu este un obiect oarecare. El reacţionează la situaţia observativă cu atât mai mult cu cât relaţia observator – observat este puternic asimetrică, conferind primului o poziţie dominantă şi (în funcţie de obiectivul observaţiei), chiar o anume putere. Faptul de a fi observat implică ideea evaluării şi dominării – ceea ce este suficient să declanşeze reacţii de apărare socială. Acest fapt explică, de pildă, maximizarea distanţei interindividuale în situaţii naturale (a se vedea, de exemplu, alegerea locurilor de către cei nou-veniţi într-un loc public).

Referindu-se la acest fenomen, Sartre vorbeşte despre „privirea care pietrifică", privirea care îl transformă pe cel observat în lucru, îl deposedează de fiinţa sa, îl face obiect.

Reacţiile celor observaţi se situează între doi poli extremi (Guillaumin, 1965) : pe de o parte anxietatea paralizantă, pe de altă parte reacţiile de prestanţă şi exhibiţionism, trecând prin negativism şi docilitate la cea mai mică sugestie. Reacţiile subiecţilor în situaţia de observaţie sunt mediate şi de caracteristicile observatorului : sexul, vârsta, talia, greutatea, îmbrăcămintea, apartenenţa etnică, poziţia socială, caracterul aparent al observatorului.

Introspecţia se confruntă cu probleme similare deoarece subiectul – observator şi observat în acelaşi timp – dezvoltă reacţii de autoapărare care, aşa cum a evidenţiat teoria psihanalitică, deformează conţinuturile psihologice supuse observaţiei.

Procesele psihosociale care se manifestă în situaţia de observaţie îi fac pe mulţi cercetători să privească cu un anume scepticism rezultatele obţinute prin această metodă. Totuşi, dezvoltarea unor metode şi tehnici de observaţie, verificate în cadrul studiilor pilot, antrenarea corespunzătoare a observatorilor, analizele comparative ale rezultatelor furnizate de mai mulţi observatori fac din observaţie o metodă din ce în ce mai utilizată atât în cercetare, cât şi în activitatea clinică.

Capitolul V

INTERVIUL PSIHOLOGIC - CADRU GENERAL

1. Definiţie, caracteristici generale

Interviul este o situaţie socială de schimb conversaţional între două persoane cu scopul culegerii de informaţii într-un *cadru* specificat (A. Weil-Barais, 1997, p. 99). Pentru a fi psihologic, interviul trebuie să aibă obiective psihologice şi să fie purtat după anumite reguli impuse de psihologia persoanei. *Cadrul* în care se desfăşoară interviul este definit de rolurile şi aşteptările persoanelor angajate în schimbul conversaţional, precum şi de condiţiile în care se realizează întâlnirea : loc, durată, înregistrarea/ neînregistrarea, anonimatul/non-anonimatul etc. Psihologul are datoria de a veghea la respectarea acestui cadru.

Încărcătura psihologică a situaţiei de schimb conversaţional dintre cei doi protagonişti variază în funcţie de cui anume dintre cei doi i-a aparţinut cererea de realizare a convorbirii. De aceea, deşi pentru a desemna convorbirea psihologică se utilizează ca termeni sinonimi – *interviu* şi *consultaţie* –, anumiţi autori preferă să utilizeze termenul de interviu când convorbirea are loc la iniţiativa psihologului şi cel de consultaţie – când cererea este formulată de beneficiarul convorbirii. În prezenta lucrare, termenii *convorbire psihologică* şi *interviu* vor fi utilizaţi ca sinonimi, iar termenul *consultaţie* va fi utilizat alături de cel de interviu doar cu referire la convorbirea psihologică cu obiective terapeutice.

Deşi aparent facil, datorită asimilării abuzive cu conversaţia cotidiană, obişnuită, *interviul psihologic este o metodă dificil de însuşit şi practicat deoarece presupune reflexii teoretice aprofundate, îndeosebi cu privire la raportul dintre limbaj şi gândire, limbaj şi afectivitate, limbaj şi inconştient, limbaj şi procesele de influenţă socială etc.* De asemenea, având în vedere că schimbul conversaţional este o formă de interacţiune socială, psihologul trebuie să ţină cont de regulile sociale care reglementează acest schimb, de contextul în care el se realizează, de eventualele convenţii şi tabuuri etc.

Printre diferenţele care există între o conversaţie obişnuită şi un interviu psihologic, putem menţiona următoarele (*cf.* C. Dyer, 1995) :

Conversaţie	Interviu psihologic
1. O conversaţie este, în general, *lipsită de un scop explicit menţionat*. De obicei, oamenii interacţionează verbal fără vreun scop anume sau, dacă el există, atunci este implicit, rămâne nespus ori devine evident pe parcursul conversaţiei, pe măsură ce sunt abordate diverse teme.	1. *Un interviu are totdeauna un obiectiv explicit menţionat*. Ambii participanţi la un interviu ştiu că discuţia are un obiectiv şi, de cele mai multe ori, acesta se referă la colectarea de informaţii asupra unei teme/domeniu. În plus, interviul poate avea loc doar dacă există un acord formulat explicit între cei doi protagonişti privind temele/domeniile ce urmează a fi abordate.

Conversaţie	Interviu psihologic
2. Există reguli nescrise privind evitarea *repetiţiei*. Într-o conversaţie obişnuită se evită repetarea întrebărilor la care nu se primesc răspunsuri şi se evită, în general, să se spună de mai multe ori acelaşi lucru (altfel, se riscă primirea de observaţii critice).	2. În cadrul interviului psihologic, *repetiţia întrebărilor este necesară şi indicată*. Repetiţia întrebărilor şi a răs-punsurilor este o tehnică importantă pentru psiholog, cel puţin din două motive: a) permite psihologului să verifice dacă interlocutorul este consecvent, adică dă răspunsuri similare la întrebări similare adresate în diferite momente ale interviului; b) prin formularea aceleiaşi întrebări în maniere uşor diferite, psihologul poate evidenţia noi informaţii care, altfel, ar fi rămas neîmpărtăşite.
3. *Ambii participanţi pot adresa întrebări*. Este normal ca ambii participanţi la o conversaţie să-şi adreseze reciproc între-bări cu privire la temă; dacă, de exemplu, se discută despre sănătatea copiilor, fiecare se interesează de sănătatea copiilor celuilalt.	3. În general, *doar psihologul pune între-bări*. Într-un interviu, majoritatea întrebărilor sunt puse de intervievator. Dacă respon-dentul adresează vreo între-bare, aceasta se poate face doar la invitaţia explicită a intervievatorului.
4. Ambii participanţi au posibilitatea să-şi exprime *interesul în legătură cu ceea ce spune celălalt* sau/şi *ignoranţa cu privire la temele care apar în timpul conversaţiei*. Una dintre regulile elementare într-o conversaţie este aceea ca ascultătorul să îi furnizeze vorbitorului un feedback (ceea ce i se comunică îl interesează). Acest feedback poate fi verbal („Este interesant ce-mi spui"), dar cel mai adesea este nonverbal. Asemenea expresii ale interesului sunt mani-festate în egală măsură de ambii participanţi în timpul conversaţiei; dacă ele lipsesc, convorbirea poate înceta rapid. Similar, exprimarea ignoranţei („Nu am auzit nimic despre asta!") este importantă, pentru că îl asigură pe vorbitor de interesul cu care este ascultat.	4. *Atât interesul, cât şi ignoranţa sunt, cel mai adesea, exprimate doar de psiholog*. Într-un interviu, obiectivul psihologului este acela de a stimula fluxul informa-ţional şi, de aceea, exprimarea interesului şi ignoranţei este o modalitate importantă prin care el poate obţine mai multe informaţii, deoarece îl asigură, astfel, pe vorbitor că ceea ce spune este valoros şi interesant. De aceea, astfel de manifestări au o probabilitate mai mare de a fi produse de intervievator decât de respondent.
5. *Conversaţia depinde în mare măsură de cunoştinţele comune, împărtăşite*. O conversaţie, dacă nu are la bază o serie de cunoştinţe comune, se transformă în mono-log. Cu cât oamenii se cunosc mai bine unii pe alţii, cu atât conversaţia lor va utiliza fondul comun de cunoştinţe. În astfel de conversaţii sensul a ceea ce este spus este deseori exprimat implicit.	5. Într-un interviu, toate informaţiile conţi-nute în răspunsurile respondentului trebuie să fie explicite. Obiectivul interviului este de a provoca respondentul să verbalizeze, în mod explicit, cunoştinţele şi credinţele în relaţie cu tema propusă.

Pentru a surprinde şi mai bine aspectele specifice ale interviului psihologic, ne putem raporta şi la alte situaţii ce presupun un schimb conversaţional. Realizând un fel de definiţie negativă a interviului psihologic, R. Mucchielli (1994) şi A. Guittet (1990) afirmă că acesta *nu este* un monolog, nu este un interogatoriu, nu este un interviu jurnalistic, nu este o dezbatere de idei, nu este o confesiune.

• *Interviul psihologic nu este un monolog* deoarece el presupune o interacţiune complementară: unul pune întrebări, celălalt răspunde; calitatea întrebărilor influenţează calitatea răspunsurilor; unul vorbeşte, celălalt ascultă.

• *Interviul psihologic nu este un interogatoriu*; scopul convorbirii este explicit şi adoptat de comun acord; cadrul de desfăşurare al interviului şi întrebările trebuie să permită atingerea obiectivului propus, fără a încălca libertatea celui intervievat.

• *Interviul psihologic nu este un interviu jurnalistic*; interviul jurnalistic introduce un al treilea partener – publicul. Obiectivele interviului jurnalistic se află într-o relaţie directă cu nevoile (presupuse) ale publicului şi nu vizează diagnosticul, înţelegerea sau consilierea celui intervievat. Persoana intervievată devine „actor" într-un spectacol (*talk show*).

• *Interviul psihologic nu este o dezbatere de idei*; dacă obiectivul principal al convorbirii îl reprezintă diagnosticul şi înţelegerea celui intervievat, trebuie să acceptăm realitatea psihologică a celuilalt deoarece faptele prezentate de acesta capătă sens doar în cadrul universului lui interior. Argumentarea excesivă şi discuţiile în contradictoriu împiedică realizarea condiţiilor considerate de C. Rogers ca fiind necesare în interviul psihologic: atitudinea empatică şi neevaluativă, returnarea către client a unei imagini pozitive necondiţionate.

• *Interviul psihologic nu este o confesiune*; în sens religios, confesiunea implică o atitudine morală şi presupune existenţa la confesor a puterii de a ierta şi absolvi. În convorbirea psihologică, imperativele morale, atitudinea evaluativă – în general – nu-şi au locul. Deşi un bun psiholog poate obţine de la cel intervievat mai multe informaţii decât acesta ar fi dorit să transmită iniţial, implicarea afectivă şi depăşirea mecanismelor de apărare nu trebuie să limiteze libertatea celui intervievat. De aceea, unii autori (A. Guittet, 1990) recomandă verificarea gradului de implicare personală a respon-dentului prin reformulări succesive.

Interviul psihologic presupune, în general, următoarele elemente:

- întâlnirea a două persoane;
- un context specific;
- un joc de relaţii emotive şi afective;
- un obiectiv;
- un schimb structurat şi tactic.

• *Întâlnirea a două persoane*. Procesele psihologice, comunicaţionale ce intervin într-o relaţie duală diferă de cele care se manifestă într-o reuniune la care participă mai multe persoane. Ceea ce particularizează relaţia dintre psiholog şi interlocutorul său (pacient, client sau subiect) în contextul altor relaţii de comunicare sau tipuri de convorbiri pe care le au alţi profesionişti (medici, jurişti, educatori etc.) este *lipsa de putere a psihologului* (G. Poussin, 1992). Acest fapt este evident în psihologia clinică. Pacientul care vorbeşte unui medic ştie că acesta are puterea de a-i prescrie sau modifica

tratamentul ; „cazul social" ştie că în urma unei discuţii cu asistentul social poate obţine de la acesta anumite lucruri etc. Pacientul care vorbeşte unui psiholog nu ştie exact dacă va avea un beneficiu concret.

De altfel, psihologului i se reproşează deseori tocmai faptul că nu aduce nimic tangibil, concret. Totuşi, această lipsă de putere a psihologului este cea care face posibilă redarea puterii pacientului : puterea de a gândi singur, puterea de a descoperi propriile soluţii la problemele sale etc.

În cazul în care convorbirea psihologică are scop diagnostic, psihologul este învestit de clientul/pacientul său cu o anumită putere, deoarece diagnosticul poate influenţa evoluţia lui ulterioară. Dar şi în această situaţie, diagnosticul psihologic poate căpăta o anume putere doar prin decizia altora, din moment ce psihologul doar consiliază, nu ia decizii.

• *Un context specific*. Avem în vedere, în egală măsură, contextul spaţio-temporal, fizic şi psiho-socio-cultural.

Mediul fizic impune anumite constrângeri. El trebuie să permită interlocutorilor să se privească, să se audă, iar psihologului, eventual, să aibă posibilitatea de a nota sau înregistra convorbirea. Distanţa spaţială, biroul, scaunele sunt tot atâtea elemente care pot apropia sau distanţa interlocutorii. Aceştia s-ar putea găsi „faţă în faţă", „unul lângă celălalt" etc. Biroul – sau, pur şi simplu, un suport pentru colile de hârtie pe care se notează – poate fi o barieră, un element ce marchează „teritoriul" psihologului.

În ceea ce priveşte *cadrul temporal*, trebuie să subliniem că momentul întâlnirii, timpul disponibil pentru realizarea convorbirii, organizarea discuţiei sunt, intuitiv, interpretate : ne-am rezervat timpul necesar pentru a discuta şi examina calm şi metodic situaţia sau, dimpotrivă, convorbirea se realizează în pauza dintre două întâlniri „importante", dintre două telefoane sau în timp ce permitem şi altor persoane să ne abordeze !

În acelaşi timp, persoanele fac o selecţie a problemelor lor în funcţie de timpul pe care îl au la dispoziţie ; fiecare are un ritm propriu pentru a intra în atmosfera propice abordării unor aspecte intime sau a unor probleme importante. De aceea, durata întâlnirii variază în funcţie de obiectivul convorbirii ; ea se poate întinde de la 15' – în cazul discutării unor probleme logice în care implicarea afectivă personală este minimă – până la 60', când este nevoie de o explorare detaliată a unor date subiective. Dincolo de această durată, eficienţa convorbirii este pusă sub semnul îndoielii : sub 15' – nu se poate realiza un bun contact psihologic între interlocutori ; peste 60' – apar dificultăţi în analiza şi interpretarea datelor, în efectuarea unui bilanţ. Când este nevoie, pot fi planificate mai multe şedinţe cu acelaşi pacient/client ; este cazul *interviului terapeutic şi de consiliere*.

Contextul psihosocial influenţează interacţiunea psihologică şi relaţia de comunicare dintre psiholog şi interlocutorul său într-o manieră mai subtilă şi, de aceea, mai dificil de contracarat. Fiecare dintre interlocutori intră în relaţia de comunicare cu toată istoria sa : valori, credinţe, experienţe, coduri de comunicare etc.

În plus, avem de-a face cu o *asimetrie* a dialogului. De cele mai multe ori asimetria are la bază *emiţătorul cererii*. S-ar putea crede, la prima vedere, că totdeauna cererea este efectuată de unul dintre cei doi interlocutori – psiholog, client/pacient. Totuşi, nu există de fiecare dată o cerere pentru un interviu clinic. Pentru ilustrare, putem da numeroase exemple.

Un bolnav consultat într-un serviciu medical (dermatologic, gastroenterologic etc.) este *trimis* la psiholog. El a cerut să-i fie tratate erupţiile cutanate, durerile de stomac etc. şi nu se vede în situaţia de a discuta cu un psiholog. Este posibil ca acesta să nu dorească să discute despre problemele lui, mai ales că nu vede nici o legătură între acestea şi psiholog. În aceeaşi situaţie se află părinţii sau elevii care sunt îndrumaţi de către directorul şcolii sau de către profesorul-diriginte la psihologul şcolar.

Reflexii speciale merită situaţiile în care convorbirea psihologică se desfăşoară în medii în care libertatea individului este limitată. În mod evident, când psihologul îşi întâlneşte clientul într-o închisoare, cei doi interlocutori suportă, fiecare în felul său, puterea instituţiei.

Discursul unei persoane nu poate fi interpretat în afara contextului particular în care el a fost produs. De aceea trebuie să fim prudenţi în utilizarea informaţiilor culese în situaţii insuficient de bine definite, în care individul nu poate percepe clar obiectivul convorbirii.

• *Un joc de relaţii emotive şi afective*. Convorbirea poate fi definită şi ca un *joc de relaţii emotive şi afective*. Ea antrenează un joc al emoţiilor şi sentimentelor, jocuri ale puterii, seducţiei, rivalităţii, opoziţiei etc. Discuţia va fi influenţată de percepţiile reciproce ale celor doi interlocutori ; fenomenele proiecţiei, interpretării, identificării cu interlocutorul deformează mesajele.

În orice convorbire, fiecare interlocutor verifică dacă a fost bine înţeles ; feedbackul primit poate determina reluări, reformulări, clarificări cu efecte pozitive asupra transparenţei conţinutului intelectiv al mesajului. Totuşi, această transparenţă nu se regăseşte şi în domeniul sentimentelor şi emoţiilor ; afectivitatea are o „logică" particulară şi, de aceea, un individ poate trăi sentimente contradictorii faţă de aceeaşi persoană. Relaţiile care alcătuiesc situaţia de comunicare pot fi, astfel, marcate de ambivalenţele, ambiguităţile şi contradicţiile afectivităţii.

• Interviul poate avea diverse *obiective* :

- psihodiagnostic ;
- selecţie şi recrutare ;
- consiliere, psihoterapie etc.

În funcţie de obiectivele vizate, vor fi utilizate demersuri şi tehnici diferite.

• Interviul este *un schimb structurat şi tactic* de informaţii.

Am spus deja că interviul clinic, convorbirea, nu este o discuţie oarecare. Individul este angajat direct într-un sistem de influenţe, se implică în relaţia de comunicare, conştient sau inconştient, pornind de la propriile sale interese. Întâlnirea nu este niciodată neutră, nici din punct de vedere afectiv, nici din punct de vedere social. Persoanele pot coopera, pot să se opună, să falsifice (conştient sau inconştient) informaţiile transmise, să se apere etc. De aceea, acest tip de comunicare necesită o bună formare şi experienţă profesională manifestată la următoarele două niveluri :

- nivelul tehnicilor : formularea şi adresarea întrebărilor, reformularea, abordarea tactică etc ;
- nivelul comportamentelor : îmbunătăţirea capacităţii de observare, autocontrolul reacţiilor, flexibilitatea atitudinilor, creşterea adaptabilităţii.

Convorbirea psihologică nu tolerează nici improvizaţia, nici incompetenţa, care conduc rapid la neînţelegeri, dacă nu chiar la conflict.

2. Mecanisme şi procese psihologice implicate în interviul clinic

Orice interviu psihologic îşi atinge scopul doar în măsura în care psihologul îşi ajută interlocutorul să se exprime, îi stimulează disponibilitatea şi bogăţia universului interior. Este o competenţă pe care psihologul o dobândeşte treptat; ea presupune cunoştinţe teoretice, experienţă practică, autoobservare şi autoanaliză.

Interesându-se în mod deosebit nu doar de fapte observabile, ci mai ales de ceea ce simte şi gândeşte interlocutorul său, psihologul care este angajat într-o convorbire clinică trebuie să fie conştient de faptul că, în relaţia duală dată, fiecare induce celuilalt gânduri, emoţii, comportamente. În ce măsură „realitatea" psihologică pe care psihologul doreşte să o diagnosticheze, să o înţeleagă sau să o influenţeze se referă doar la interlocutorul său? În ce măsură spaţiul intersubiectiv al relaţiei psiholog-client (pacient, subiect) activează comportamente, trăiri, gânduri susceptibile a fi generalizate astfel încât primul să ajungă la o anume imagine despre felul de a fi în lume al celuilalt? Cu alte cuvinte, în ce măsură relaţia dintr-un interviu clinic poate fi considerată prototipul relaţiilor sociale semnificative în care este angajat clientul (pacientul) astfel încât, prin analiza interacţiunilor verbale şi nonverbale pe care aceasta le prilejuieşte, să accedem la mecanismele profunde psihosociale care fac din el să fie ceea ce este?

Pentru a răspunde mai bine întrebărilor de mai sus, propunem o scurtă trecere în revistă a unor procese şi mecanisme psihologice pe care spaţiul psihosocial, intersubiectiv al convorbirii psihologice le activează, în egală măsură, la nivelul celor doi actori: psiholog şi client.

2.1. Empatia şi identificarea

Înţelegerea empatică a clientului de către psiholog. Într-o convorbire psihologică, înţelegerea empatică are la bază întâlnirea celuilalt în baza unor dimensiuni sau puncte comune. Deseori, pentru descoperirea acestora, apelăm la o activitate sau un obiect intermediar: un joc cu un copil, o problemă profesională cu un salariat, audiţia unui fragment muzical cu un psihotic etc.

> „A fi empatic înseamnă, spune C. Rogers, a percepe cu acurateţe cadrul intern de referinţă al altuia, cu toate componentele sale emoţionale şi semnificaţiile care-i aparţin «ca şi cum» ai fi cealaltă persoană, dar fără a pierde condiţia de «ca şi cum»" (*cf.* S. Marcus, 1997, p. 13).

Înţelegerea empatică are la bază o pendulare continuă a psihologului în câmpul intersubiectiv al relaţiei sale cu clientul, timp în care se produce o apropiere de cadrul de referinţă intern al acestuia, până la identificare, după care se depărtează din nou, conştientizând propria identitate. Deci *empatia nu este o stare, ci, mai degrabă, o mişcare perpetuă, o oscilaţie între diferenţă şi similitudine.*

Căutând să înţeleagă sensul limbajului interlocutorului, utilizând cuvintele sale şi reprezentându-şi mediul fizic şi social în care trăieşte, istoria lui, psihologul va reuşi, în final, să intre în universul interior al clientului şi să perceapă realitatea ca şi cum ar privi cu ochii acestuia din urmă.

Comportamentul empatic al psihologului poate stimula clientul să ceară sfaturi utilizând formula: „Dacă aţi fi în locul meu, ce aţi face?". Deseori, răspunsul care începe cu „Dacă aş fi în locul d-voastră, eu aş face..." denotă o credinţă naivă şi inadecvată despre capacitatea pe care o are respectiva persoană de a se transpune în locul cuiva; în plus, „soluţia" furnizată astfel întreţine iluzia unei identităţi comune a celor doi protagonişti.

Deşi ceilalţi sunt făcuţi din acelaşi „aluat" ca şi noi (pot fi trişti sau veseli, se gândesc la diverse lucruri etc.), există totuşi atâtea *diferenţe* pe care, în calitate de psihologi, trebuie să le avem mereu în vedere: sexul, vârsta, mediul cultural, statutul social, profesia, trăsăturile de personalitate, sistemul de defense etc. De aceea, psihologul trebuie să evite angajarea într-o identificare activă cu clientul său – „Ce aş face în locul lui?" – antrenându-şi, mai curând, sensibilitatea de a evalua realitatea cu unitatea de măsură utilizată de client – „Ce aş putea face dacă aş fi în locul lui pentru a rezolva această problemă?". Astfel, *identificarea* psihologului cu interlocutorul său nu conduce la pierderea identităţii celui dintâi, ci la „introiectarea unui număr suficient de părţi ale celuilalt pentru a lucra împreună asupra aceluiaşi material" (G. Poussin, 1992, p. 43).

În interviul clinic, psihologul trebuie să controleze procesul de identificare în aşa fel încât să poată face acest fapt fără a trăi iluzia identităţii pacientului. Efectele acestei iluzii pot fi observate în relaţiile cu anumiţi pacienţi faţă de care este greu de găsit distanţa psihologică adecvată. Am putea să ne gândim, de exemplu, la pacienţii diagnosticaţi cu boli foarte grave, precum cancerul sau SIDA: apropierea lor ne confruntă pe noi înşine cu propriile angoase generate de ideea morţii.

Identificarea afectivă activă cu pacientul îl face pe psiholog mai puţin apt să perceapă diferitele elemente care alcătuiesc problema acestuia, conferă o anume specificitate, măreşte riscul unei contaminări afective depresiv anxioase a pacientului şi a unei conduite hiperprotective din partea psihologului.

Psihologul se poate identifica şi cu o persoană din anturajul pacientului. Pentru a ilustra această „capcană", ne putem gândi la riscul ca un psiholog şcolar, care are unul din părinţi în calitate de client, să se identifice cu copilul, absent la discuţie şi prezentat ca „acuzat". Acest fapt îl împiedică pe psiholog să stabilească o relaţie adecvată cu clientul său şi să sesizeze problemele psihologice autentice ale acestuia, generate de rolul de părinte, şi care au determinat solicitarea ajutorului psihologic.

Identificarea clientului cu psihologul. De cele mai multe ori, identificarea clientului cu psihologul are o funcţie sanogenctică. Prin această identificare, clientul introiectează o anumită atitudine a psihologului care-l ajută să ia distanţă faţă de problemele sale, să le observe, să le elaboreze şi să le reformuleze. Dedramatizarea problemelor, calmul şi siguranţa psihologului pot deveni elemente ale cadrului intern al clientului. Dacă maturizarea psihosocială are la bază decentrarea eului (Piaget), adică posibilitatea de a te raporta la aceeaşi realitate din mai multe puncte de vedere – atunci introiectarea de către client a atitudinilor şi punctelor de vedere ale psihologului poate contribui la maturizarea psihosocială a acestuia.

Imaginea de sine reprezintă expresia unei anume atitudini faţă de sine. În condiţiile în care psihologul se raportează la client cu interes, încredere şi respect, introiectarea acestor atitudini va diminua sentimentele de inferioritate şi de anxietate ale clientului. De asemenea, identificându-se cu psihologul, clientul va învăţa să aibă aceeaşi atitudine de respect şi înţelegere faţă de punctele de vedere şi nevoile celorlalţi.

2.2. Proiecţia

Proiecţia este un proces care are la bază o dinamică specifică prin care nişte conţinuturi psihologice interne sunt deplasate în exterior. Din punct de vedere psihanalitic, proiecţia desemnează

„operaţia prin care subiectul expulzează din sine şi localizează în altul, persoană sau lucru, calităţi, sentimente, dorinţe, chiar «obiecte» pe care nu le cunoaşte sau le refuză în sine însuşi" (Laplanche şi Pontalis, 1994, p. 308).

Deplasarea şi localizarea într-un anumit spaţiu reprezintă elementele de bază ale diverselor definiţii date proiecţiei. Subiectul trăieşte experienţele celuilalt ca fiind similare cu ale sale, caz în care unii autori utilizează termenul de *introiecţie*, sau atribuie propriile sale calităţi, sentimente şi conduite unor persoane din jur. Procedând astfel, el modifică „inconştient" obiectele, lumea exterioară. Dar procesul de atribuire a unor însuşiri proprii celuilalt este strâns legat de o slabă cunoaştere a propriilor însuşiri (calităţi, sentimente, dorinţe).

Proiecţia este un mecanism de apărare împotriva unor stimuli interni dezagreabili contra cărora subiectul nu poate lupta ; e mai convenabil, de aceea, să arunce această parte „rea" din el în exterior.

Interviul psihologic este – implicit sau explicit – o situaţie de evaluare, în care subiectul, răspunzând la întrebările psihologului sau la cele pe care, într-un plan secund, şi le pune chiar el însuşi, se confruntă cu propria imagine. În această confruntare, proiecţia ca mecanism de apărare poate genera diverse atitudini care modifică realitatea psihologică pe care ne propunem s-o analizăm. G. Poussin semnalează şi un alt fel de proiecţie care nu implică personalitatea subiectului, ci pe cea a psihologului. Acesta din urmă poate proiecta anumite cadre teoretice securizante pentru el, ca specialist, şi în care se grăbeşte să „înghesuie" materialul psihologic furnizat de subiect.

2.3. Transferul

Fiecare intră într-o relaţie cu celălalt aducând cu sine toată istoria personală. Toate interacţiunile sociale sunt construite cu ajutorul modelelor interne ale fiecăruia, modele care au la bază experienţa trecută ; aceasta înseamnă că, în mod obişnuit, oricine este implicat într-o relaţie interpersonală, interpretează sau aşteaptă anumite reacţii din partea celorlalţi în baza trecutului său unic. *Transferul desemnează tocmai acest proces de actualizare în cadrul unei relaţii anume a unor modalităţi relaţionale inconştiente şi care îşi au originea în istoria personală a individului, mai ales în copilăria sa – conform teoriei psihanalitice.* Dacă privim transferul astfel, atunci, parafrazându-l pe P. Watzlawick, putem spune că „nu putem să nu transferăm" experienţa noastră anterioară (inclusiv angoase, fantasme etc.) atunci când intrăm în relaţie cu cineva.

Fenomenele transferenţiale se manifestă atât la nivelul subiectului, cât şi la cel al clinicianului (psiholog, medic etc.). În acest ultim caz se vorbeşte despre *contratransfer*.

În relaţia creată de interviul clinic, transferul joacă un rol foarte important. Indiferent dacă subiectul (client sau pacient) este adus sau vine din proprie iniţiativă, indiferent de obiectivele sale (diagnostic, terapie, recrutare etc.), interviul are la bază o cerere care, prin faptul că poate sau nu să fie satisfăcută, creează o anume tensiune afectivă propice activării unor patternuri relaţionale primare. Unele persoane se vor raporta la clinician ca la un personaj protector şi atotputernic, altele îl vor percepe ca pe un rival, un concurent ; unele vor fi atrase de un anume tip de personalitate, de un anume fel de a fi, respingând interlocutorii care nu corespund acestor modele interne.

2.4. Contratransferul

Acest termen desemnează *ansamblul reacţiilor inconştiente ale clinicianului faţă de interlocutorul său şi, în mod deosebit, faţă de manifestările transferenţiale ale acestuia.* Freud vedea contratransferul ca fiind rezultatul „influenţei bolnavului asupra sentimentelor inconştiente ale medicului" şi gândea că analistul „nu merge mai departe decât îi permit propriile complexe şi rezistenţe interioare" (Laplanche şi Pontalis, 1994, p. 107).

Contratransferul are două dimensiuni :

- una se referă la reacţiile inconştiente ale clinicianului, care îşi au originea în problematica sa personală ; se poate întâmpla ca discursul clientului să-i amintească clinicianului ceva ce şi el însuşi a trăit ;
- cealaltă dimensiune se referă la utilitatea diagnostică a contratransferului ; reacţiile contratransferenţiale induse de subiect clinicianului îl vor ajuta pe acesta din urmă să-şi înţeleagă mai bine clientul.

Lărgind oarecum sfera conceptului de contratransfer, unii autori vorbesc în cazul situaţiei de interviu despre *contraatitudini*.

Deoarece manifestările contratransferenţiale pot influenţa, într-o manieră hotărâtoare, cursul interviului clinic, vom menţiona şi clarifica, pe scurt, câteva dintre ele.

Anxietatea. Este important ca psihologul să fie calm în raport cu problemele celuilalt. El poate, într-o manieră nonverbală, să transmită celuilalt anxietatea sa, în condiţiile în care clientul are nevoie, mai degrabă, de o atitudine neutră şi securizantă pentru rezolvarea problemei sale. De aceea, clinicianul trebuie să înveţe să ia o anumită distanţă faţă de problemele clientului său, chiar dacă acestea îi evocă experienţe pe care el însuşi le-a trăit. Distanţa psihologică adecvată îi conferă clinicianului claritate şi putere în activitatea de diagnostic şi intervenţie.

Atitudinea caritabilă sau supraprotectoare. Clinicianul poate dezvolta o dorinţă de reparaţie, de protecţie şi ajutor. Totuşi, deşi lăudabilă, această atitudine binevoitoare poate prejudicia, pe termen lung, clientul, deoarece încurajează o relaţie de tip asimetric, împiedicând astfel dezvoltarea acestuia spre un comportament autonom care să-i permită testarea limitelor şi identificarea resurselor proprii.

Agresivitatea. Clinicianul este binevoitor în sensul că este disponibil să asculte toate problemele clientului. Această atitudine nu elimină problema agresivităţii. Clinicianul trebuie să fie capabil să suporte agresivitatea clientului (în limitele deontologice ale profesiei) dar, mai ales, să-şi suporte propria agresivitate. Pacienţii pot irita, induce disconfort şi sentimente de respingere ; recunoscându-le şi acceptându-le ca atare, clinicianul îi ajută, în acest fel, pe clienţi să-şi accepte propriile manifestări agresive.

Prejudecăţile şi credinţele a priori. Între manifestările contratransferenţiale se întâlnesc şi cele determinate de prejudecăţile clinicianului. Ele pot să-şi aibă originea în valorile sale culturale, ideologice, religioase etc. Cum va reacţiona un clinician ateu în faţa unei persoane foarte religioase ?

3. Comunicarea nonverbală

Comunicăm cu ajutorul cuvintelor, modulaţiilor vocii, corpului, posturilor, gesturilor şi expresiilor mimice. Nu putem să nu comunicăm. Chiar când nu spunem nimic şi rămânem imobili, transmitem un anume mesaj.

Mesajul pe care îl transmitem celorlalţi depăşeşte conţinutul semantic al cuvintelor pe care le utilizăm. Cercetările au evidenţiat că în timpul unui discurs prezentat în faţa unui grup, 55% din impactul acestuia se datorează limbajului corporal (postură, gesturi, contact vizual), 38% tonului vocii şi doar 7% conţinutului verbal al mesajului transmis (Mehrabian şi Ferris, 1967). Aceste procente diferă de la o situaţie la alta: limbajul corpului şi tonul vocii schimbă enorm impactul şi semnificaţia mesajului. În foarte multe situaţii este mai important *cum* spunem decât ceea *ce* spunem! De câte ori un „Da" nu înseamnă „Nu" sau invers, în funcţie de felul în care aceste cuvinte sunt spuse? Când cuvintele sunt conţinutul „digital" al mesajului, posturile, gesturile, expresiile mimice formează contextul; iar acestea împreună – conţinut şi context – asigură semnificaţia comunicării.

În continuare, vom prezenta câteva din elementele cele mai importante ale contextului (A. Guittet, 1990).

a) Teritoriul. Biroul este un spaţiu privat, personalizat. Modul în care cineva străin are acces în acest spaţiu este încărcat de semnificaţii psihologice: uşa este mereu deschisă sau nu?; pentru a intra este nevoie să se stabilească o întâlnire cu câteva zile înainte?

Spaţiul în care se desfăşoară interviul psihologic sau consultaţia nu este un loc neutru. Interviul se poate realiza în biroul psihologului sau la domiciliul clientului său. Cele două situaţii pot fi interpretate diferit. Spaţiul induce semnificaţii particulare. Mai întâi, este evident că cel care se află „în deplasare" se află într-o poziţie psihologică inferioară. Apoi, biroul ne informează despre statutul indivizilor; el poate fi amenajat pentru a facilita atingerea unor scopuri implicite sau explicite: vehiculează ideea puterii, îşi propune să impresioneze, să seducă, să faciliteze comunicarea etc.

În funcţie de contextul psihologic pe care îl creează, pentru descrierea unui birou se pot utiliza diverse adjective precum: călduros, agreabil, impersonal, rece, trist, morbid etc.

a_1) Deplasările. Deplasările în spaţiul biroului creează un anume context psihologic. În primul rând ne referim la intrarea într-un birou: eşti întâmpinat la uşă, eşti condus într-un loc anume unde te poţi aşeza sau pur şi simplu ţi se face semn să înaintezi, din spatele unui birou impozant?

Modul în care cineva se deplasează într-un anume spaţiu depinde de sentimentul său de securitate, de tipul de relaţii pe care le stabileşte cu ceilalţi. Libertatea de mişcare şi absenţa unor frontiere precise sunt indicatori ai încrederii care există între două persoane. De pildă, dacă în cursul convorbirii unul dintre interlocutori este aşezat, în timp ce celălalt se deplasează – este posibil ca această situaţie să traducă raporturi de dominare.

a_2) Spaţiul intim. Distanţa fizică existentă între două persoane care comunică traduce destul de bine distanţa psihologică dintre interlocutori: spunem un secret unei persoane de încredere apropiindu-ne de urechea ei, dar comunicăm o dispoziţie oficială cuiva plasându-ne la o *distanţă socială*, adică 1-1,5 m). În general, menţinem în jurul nostru un *spaţiu intim* care ne permite libertatea mişcărilor şi ne asigură un sentiment de securitate. Când, în anumite situaţii sociale – în lift, metrou etc. –, acest spaţiu intim este violat, oamenii apelează automat la gesturi de maximizare a distanţei psihologice: evitare a privirii celuilalt, mimică neutră, imobilă etc.

Mărimea spaţiului intim – în general sub 1 m – variază de la un individ la altul şi invadarea lui are efecte psihologice diferenţiate. Persoanele timide sau cu o anume fragilitate psihologică preferă să-şi ţină interlocutorul la distanţă. Ele resimt mai mult decât altele intruziunile în spaţiul lor intim. Hall (1966) consideră că spaţiul personal se organizează pe mai multe zone, fiecare cu o funcţie psihosocială precisă:

1. Distanţa intimă

a) modul apropiat – este spaţiul în care se realizează actul sexual şi lupta corp la corp.
b) modul îndepărtat: 15-40 cm – exprimă intimitate, delimitează „nişa" psihologică a fiecăruia – se simte parfumul celuilalt, se vorbeşte în şoaptă.

2. Distanţa personală

a) modul apropiat: 45-74 cm – este distanţa de un braţ, „spaţiul familiar".
b) modul îndepărtat: 75-125 cm – limita contactului fizic cu celălalt; este zona în care se desfăşoară multe convorbiri neutre între persoane relativ apropiate.

3. Distanţa socială

a) modul apropiat: 1,25 m-2,10 m – distanţa relaţiilor profesionale; de obicei interlocutorii sunt separaţi între ei de obiecte care marchează clar teritoriul social al indivizilor: birou, masă, ghişeu etc.
b) modul îndepărtat: 2,10 m-3,60 m – distanţa care semnalizează ierarhie, nevoie de linişte etc.

4. Distanţa publică

a) modul apropiat: 3,60 m-7,50 m – semnifică prezenţa colectivităţii; locutorul joacă un rol social (de exemplu: profesor – elev).
b) modul îndepărtat: 7,50 m şi mai mult. Este distanţa la care se joacă spectacolele de teatru sau se ţin discursuri politice. Discursul este foarte formalizat, interlocutorii sunt pasivi.

a_3) Poziţia spaţială. Despre convorbirea psihologică se vorbeşte deseori ca despre o situaţie „faţă în faţă". Totuşi, poziţia de faţă în faţă indică, mai degrabă, o relaţie de opoziţie, de apărare-atac. Situaţia în care interlocutorii sunt aşezaţi într-un unghi de 45^0-90^0 acordă o mai mare libertate şi un confort sporit fiecăruia, deoarece întâlnirea privirii celuilalt devine oarecum opţională.

În mod spontan, în cursul unei discuţii, interlocutorii îşi schimbă poziţia şi distanţa funcţie de obiectivele şi încărcătura afectivă a mesajelor transmise.

a_4) Contactul corporal. Maniera în care corpurile se ating, se întâlnesc, se îndepărtează sau se evită este influenţată de stările emotive şi de habitudinile socio-culturale. Prin atingerea corpului transmitem diverse stări emotive (nelinişte, prietenie, siguranţă, relaxare etc.) deoarece contactul corporal este una dintre formele primare ale comunicării.

Strângerea mâinii este o experienţă tactilă plină de informaţii. Este hotărâtă, ezitantă, indolentă, puternică şi dominatoare, cu „scuturări" uşoare, sacadate? Este realizată prelungit cu întreaga mână sau cel care intervievează nu oferă decât două degete? Mâna

este întinsă spontan? Se aşteaptă iniţiativa gazdei pentru întinderea mâinii? Mâna este îndoită sau vizibil întinsă pentru a menţine distanţa maximală?

Durata strângerii mâinii este implicit codificată şi, funcţie de contextul cultural, prelungirea ei va fi trăită ca o manifestare călduroasă sau, dimpotrivă, ca o intruziune în spaţiul personal al celuilalt.

În timpul evaluării persoanelor cu anumite tulburări psihice, o strângere de mână, o atingere uşoară a umerilor poate securiza şi stimula realizarea unei comunicări autentice. În timpul consultaţiilor psihoterapeutice, atingerea pacienţilor se realizează în funcţie de sistemul terapeutic practicat şi de obiceiurile culturale, în general după obţinerea, în prealabil, a acordului acestora.

b) Postura. Postura, echilibrul corpului şi al coloanei vertebrale exprimă atitudinile noastre fundamentale. De la primul contact simţim o atitudine deschisă, primitoare sau, dimpotrivă, o atitudine de respingere, dispreţ sau supunere. Cineva cu o atitudine de supunere evidentă este descris, în mai multe culturi, ca neavând coloană vertebrală! Nu ne propunem aici să decodificăm manifestările posturale specifice principalelor atitudini care pot apărea într-o situaţie de comunicare. Subliniem doar că psihologul, clinicianul trebuie să adopte, în general, o atitudine deschisă, care să stimuleze contactul psihologic cu clienţii săi: capul uşor aplecat într-o parte, corpul aplecat în faţă, postura suplă şi destinsă.

Fiind, în bună măsură, inconştiente, manifestările posturale ne oferă informaţii preţioase. Ele se modifică în funcţie de dinamica situaţiei comunicative. Când sunt permanente, ele exprimă atitudinile noastre fundamentale: depresivul are corpul aplecat, capul căzut, umerii parcă împovăraţi de un destin ingrat; narcisicul îşi expune ostentativ corpul privirii celuilalt etc.

b_1) Tonusul - indică energia mobilizată. Muşchii devin hipertonici în situaţii de concentrare, anxietate, conflict. Ei devin hipotonici, destinşi, în stările de relaxare şi, deseori, în depresie şi tristeţe. Hipotonia poate să fie şi semnul lipsei de consideraţie faţă de interlocutor sau a dezinteresului pentru tema abordată.

b_2) Gesturile. Gesturile însoţesc, subliniază şi punctează discursul nostru. Ele exprimă maniera noastră de a gândi, de a resimţi lucrurile; ele traduc realitatea noastră profundă, o fac vizibilă unui observator atent şi avizat. Mişcările corpului pot fi categorizate în câteva tipuri, fiecare având o funcţie diferită (Ekman şi Friesen, 1969). *Emblemele* sunt substitute pentru cuvinte (de pildă, degetele în V - emblema victoriei). *Ilustratorii* acompaniază vorbirea (exemplu - pescarii ilustrează mărimea peştilor prinşi cu ajutorul mânilor). *Regulatorii* (de exemplu, mişcările capului) monitorizează fluxul conversaţiei, în timp ce *adaptorii* sunt gesturi care, la fel ca majoritatea celorlalte categorii, scapă controlului conştient şi nu au, în general, scop comunicativ (exemplu - muşcarea buzelor, mişcarea automată a creionului aflat în mână sau desenarea automată a unor linii neregulate, figuri etc.). Dacă emblemele, ilustratorii şi regulatorii însoţesc şi completează mesajul verbal, adaptorii ne pot informa, mai ales, despre contextul emoţional în care se realizează comunicarea.

Incongruenţa dintre mesajul verbal şi cel al corpului poate fi o importantă sursă de informaţii pentru psiholog. Este deja banală situaţia în care gura spune „Da", iar întregul corp spune „Nu"! Mişcările corpului furnizează informaţii care, deseori, nu pot fi obţinute prin analiza conţinutului verbal sau a expresiei faciale. Cercetările în acest domeniu au evidenţiat că mişcările picioarelor trădează cel mai uşor realitatea psihologică profundă a interlocutorilor, deoarece ele sunt mai puţin conştientizate şi controlabile voluntar. În acest clasament urmează mâinile şi faţa ca surse de indicatori nonverbali ai stării psihice.

Utilizarea adecvată a mişcărilor capului de către psiholog (clinician) îi poate face pe clienţi (pacienţi) să se simtă ascultaţi şi urmăriţi cu atenţie atunci când vorbesc. Deseori, intervenţiile verbale sunt înlocuite cu uşoare mişcări ale capului, care semnalizează interlocutorului că suntem *cu* el şi-l încurajăm să continue. Totuşi, utilizarea exagerată a acestor mişcări poate avea efecte contrare.

c) Faţa şi mimica. Există feţe care atrag şi inspiră încredere, altele pe care nu am dori să le mai revedem vreodată, mai ales când suntem singuri! Există feţe nervoase, crispate, flegmatice, senzuale, voluntare, sanguine etc. Trăsăturile sunt dilatate sau retractate. Caracterologia a încercat să acorde diverse semnificaţii trăsăturilor feţei: partea de sus a feţei s-ar afla în relaţie cu intelectul, partea de jos ar exprima forţa instinctelor, în timp ce partea mediană ar reflecta viaţa emoţională. Totuşi, nici o clasificare nu a reuşit să ofere explicaţii valide pentru marea diversitate a feţelor pe care le întâlnim. Însă trebuie să admitem că emoţiile, trăsăturile caracteriale şi habitudinile socio-culturale sfârşesc prin a ne modela o „mască" asupra căreia evenimentele vieţii îşi lasă amprenta. Starea de linişte şi seninătate va ilumina faţa, în timp ce tristeţea şi teama o vor împietri. Contracţiile muşchilor feţei sunt buni indicatori ai expresiilor emoţionale: persoana tristă are fruntea încreţită, colţurile gurii căzute, cea mânioasă are o privire „neagră", buzele strânse, maxilarele contractate etc.

Pentru a evita erorile în interpretarea acestor indicatori trebuie să avem permanent în vedere contextul în care ei apar, precum şi considerarea expresiilor faciale în dinamica lor. Deseori, micro-expresiile care apar în cursul conversaţiei constituie cele mai bune coduri pentru o analiză validă: o uşoară tensiune în privire, o ridicare a sprâncenelor, o grimasă etc.

O trăsătură facială importantă este zâmbetul. Deşi, în general, zâmbind părem prietenoşi şi îi încurajăm pe ceilalţi să comunice cu noi, atragem atenţia că zâmbind prea mult atunci când subiecţii sau clienţii noştri ne vorbesc despre probleme serioase am putea pare neserioşi, superficiali, iar zâmbetul - un comportament neautentic, artificial.

d) Privirea. A intra în relaţie cu o persoană înseamnă, mai întâi, a realiza un schimb de priviri. A-l accepta pe celălalt înseamnă a-i accepta privirea. A vedea şi a fi văzut sunt acţiuni primare într-o relaţie conversaţională. Cu ajutorul privirii transmitem cele mai subtile nuanţe ale emoţiilor şi gândurilor noastre. Privirea poate fi directă, încrezătoare, veselă, ipocrită, goală etc. De altfel, se spune deseori că „ochii sunt oglinda sufletului".

Durata contactului vizual în cursul unei interacţiuni variază între 28% şi 70% din durata acesteia (Kendon, 1967), iar fixarea reciprocă a privirii nu depăşeşte, în general, o secundă. La începutul unei interacţiuni, cuplul intervievator - intervievat declanşează o „negociere" inconştientă privind durata şi frecvenţa contactului vizual. Un contact vizual minim semnalează un interes scăzut pentru mesajul transmis de interlocutor, în timp ce un contact vizual prelungit poate induce acestuia sentimente de disconfort, ideea că celălalt doreşte să-l controleze, să-l evalueze, să-l domine.

Contactul vizual este influenţat şi de alţi factori: distanţa spaţială, mimica, postura, conţinutul verbal, contextul. Astfel, o persoană care vorbeşte despre probleme personale, intime, importante, va avea tendinţa de a scădea frecvenţa privirilor adresate interlocutorului. În general, privim interlocutorul mai mult atunci când ascultăm decât atunci

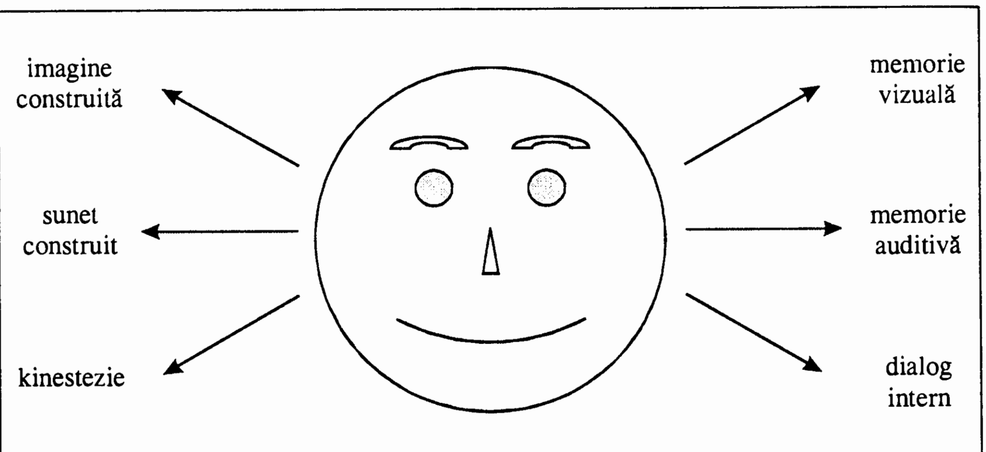
când vorbim. În acest context, subliniem că privirea clinicianului (psiholog, medic), poate încuraja sau descuraja clienții (pacienții) să abordeze unele probleme.

Privirea este influențată de starea afectivă și de unele caracteristici de personalitate: un depresiv va avea tendința să-și orienteze privirea în jos, istericul va avea o privire strălucitoare, mobilă, un paranoic va privi fix, bănuitor etc.

În sfârșit, felul în care persoanele se privesc variază funcție de diverse coduri socio-culturale.

e) **Mișcările oculare.** Există numeroase cercetări care și-au propus să decodifice relația dintre activitatea cognitivă și mișcările globilor oculari. Relativ recent, Grinder și Bandler - fondatorii programării neuro-lingvistice - au propus un model relativ simplu în acest domeniu, conform căruia mișcările globilor oculari sunt adevărate „chei de acces" la activitatea cerebrală determinată de stimulii externi.

Astfel, când o persoană rememorează o imagine vizuală, globii oculari se orientează lateral și în sus; amintirea unui sunet ar corespunde mișcărilor laterale ale globilor oculari, în timp ce senzațiile kinestezice ar provoca o mișcare a acestora spre în jos (vezi figura de mai jos).



Aceste ipoteze se cer a fi verificate pentru fiecare individ. Deși cercetările sistematice din domeniu nu au verificat, într-o manieră convingătoare, modelul propus de Bandler și Grinder, în practică el poate oferi informații utile facilitării comunicării. Multe neînțelegeri își au originea în faptul că interlocutorii utilizează registre diferite pentru receptarea și prelucrarea informațiilor.

f) **Vocea.** Ascultarea vocii cuiva ne furnizează informații privind starea emotivă, intențiile, atitudinea și diverse alte caracteristici ale acestuia.

Timbrul dă culoare unei voci. O voce poate fi armonioasă, agreabilă sau, dimpotrivă, metalică, seacă, spartă.

Înălțimea sunetelor este funcție de frecvența lor. În plan psihologic, înălțimea sunetelor vocii ne furnizează informații referitoare la registrul emoțional al unei intervenții. În general, vocea devine ascuțită în accesele de mânie și tensiune și coboară în frecvență, devenind gravă, în cazul depresiei. *Intensitatea* sunetelor ne va indica energia și vigoarea unei voci sau, dimpotrivă, oboseala și epuizarea sa. Întreaga noastră existență

este racordată la un anumit *ritm*. Ritmul vorbirii exprimă o atitudine existențială specifică, este maniera fiecăruia de a se situa în discurs, modul în care oamenii reacționează la stimuli interni sau externi. Ritmul vorbirii exprimă anumite caracteristici ale personalității: extravertitul are tendința de a accelera ritmul vorbirii, în timp ce introvertitul îl încetinește; în depresie și melancolie ritmul este lent, debitul monoton etc. Când ritmurile se opun fundamental în cadrul unei convorbiri, comunicarea devine deseori foarte dificilă. Ritmul este suportul fundamental al atenției. Monotonia și repetiția plictisesc. O convorbire eficientă menține un bun echilibru între repetiția unui ritm de bază și variațiile diverse care captează atenția interlocutorilor.

Într-o convorbire, psihologul trebuie să fie foarte sensibil la muzica vocii: fie pentru a-și modula propriile intervenții, fie pentru a-și cunoaște mai bine propriul interlocutor. El trebuie să înregistreze modificările tonului, ale debitului, accentele puse pe anumite cuvinte sau pe o anumită frază și să încerce să le raporteze la conținutul mesajului și contextul comunicării.

g) Modificările fiziologice. În timpul situației de interviu se produc totdeauna anumite modificări fiziologice, care vizează:

- *ritmul respirației*: încetinire, accelerație, respirație subclaviculară sau abdominală etc.;
- *sistemul circulator*: paloare, înroșire;
- *tonusul*: tensiune, relaxare, tremurături;
- *pielea și reglările termice*: transpirație, frisoane;
- *reflexul de deglutiție*: mișcări repetate de înghițire a salivei.

Toate aceste manifestări exprimă influențele sistemelor simpatic și parasimpatic care inhibă sau activează corpul. În cadrul interacțiunilor sociale, există semnale spontane pe care individul nu le poate controla: este puțin posibil să transpiri sau să te înroșești la comandă! Controlul corpului este deseori mult mai dificil decât cel al discursului. De aceea, în timpul unei convorbiri psihologice trebuie să fim foarte atenți la elementele mai puțin controlabile ale interlocutorului nostru. Cel care sesizează un anume dezacord între mesajele sale verbale și nonverbale trăiește o stare difuză de disconfort; și cu cât încearcă să controleze mai bine unele elemente ale comportamentului său, cu atât crește probabilitatea diminuării controlului altor comportamente. Și astfel, el face mai vizibil ceea ce ar fi dorit să rămână invizibil!

4. Sincronizarea - stabilirea raportului psihologic

În programarea neurolingvistică se utilizează termenul de *raport* cu referire la climatul relațional comprehensiv și la dorința de colaborare. Nici un interviu psihologic nu-și poate atinge obiectivele dacă nu se desfășoară în cadrul unui astfel de raport.

Deseori ni se întâmplă să observăm că, deși se află foarte aproape unii de ceilalți din punct de vedere fizic, unii oameni rămân destul de străini, de îndepărtați și inaccesibili din punct de vedere psihologic. Indiferent dacă este vorba de o situație de psihodiagnostic, de terapie sau consiliere, armonia și empatia sunt esențiale stabilirii unei atmosfere de

încredere şi participare, în care interlocutorii pot reacţiona liber. Ce facem pentru a stabili şi dezvolta o relaţie empatică? ; cum construim o relaţie deschisă de încredere?

Pentru a da un răspuns util practicii clinice ar trebui, mai întâi, să ne punem o altă întrebare: „Cum ştim dacă două persoane se află într-o relaţie empatică?". Dacă, într-adevăr, într-o relaţie de comunicare cuvintele contează atât de puţin (7% - conform cercetării lui Mehrabian şi Ferris, citată mai sus), înseamnă că, în bună măsură, răspunsul la întrebarea noastră trebuie căutat în domeniul comunicării nonverbale şi paraverbale. Limbajul corpului şi tonalitatea vocii par să joace rolul cel mai important în crearea unui bun raport psihologic. De câte ori, atunci când dorim să intrăm în relaţie cu un copil mic, nu adoptăm o poziţie a corpului asemănătoare poziţiei corpului lui, eventual ne sprijinim pe genunchi şi mâini, ne schimbăm vocea şi pronunţăm cuvintele încercând să-l imităm cât mai bine!

Sincronizarea este un fenomen natural. Întâlnirea a două sau a mai multor persoane care îşi propun dezvoltarea unei relaţii bazate pe o atmosferă comprehensivă şi de acceptare antrenează un fel de contagiune corporală, de apropiere fiziologică spontană.

Pentru descrierea unui bun raport psihologic se utilizează deseori metafora dansului. La fel ca într-un dans, persoanele aflate într-o bună relaţie de comunicare răspund la mişcările celuilalt sau le reflectă utilizând propriile mişcări. Limbajele corporale ale persoanelor respective sunt complementare. Când suntem într-o relaţie empatică cu cineva, corpul nostru adoptă o postură asemănătoare corpului celuilalt, facem gesturi similare, respirăm la fel, ritmul vorbirii şi intensitatea vocii se apropie de cele ale partenerului nostru. Dacă acceptaţi atmosfera de complicitate pe care v-o propune interlocutorul veţi face şi dumneavoastră un pas spre el şi-i veţi răspunde cu aceeaşi intensitate a vocii. Dacă procedaţi altfel, înseamnă că refuzaţi „dansul" pe care vi-l propune partenerul.

Comportamentul nonverbal bine sincronizat cu cel al interlocutorului creează o relaţie armonioasă care alimentează sentimentul de încredere reciprocă. Putem stabili o relaţie armonioasă cu aproape oricine, perfecţionându-ne în mod conştient tehnicile de empatizare pe care le utilizăm spontan, cotidian.

Multe manuale referitoare la interviul psihologic evidenţiază necesitatea ca psihologul să adopte o poziţie deschisă, relaxată. Este posibil însă ca această poziţie să mărească distanţa psihologică dintre noi şi clientul nostru, dacă acesta din urmă continuă să rămână cu corpul crispat, aşezat pe marginea scaunului, cu braţele încrucişate, ori mişcându-le ca şi când posesorul lor nu ştie ce să facă cu ele, cu picioarele strânse sau aşezate unul peste celălalt etc. În acest caz, este mai bine să ne sincronizăm noi cu clientul nostru, să adoptăm o poziţie asemănătoare, să respirăm într-un ritm similar apoi, după stabilirea unui bun raport psihologic, putem să ne schimbăm poziţia corpului, adoptând o postură relaxată, care exprimă acceptare şi deschidere ; de cele mai multe ori pacienţii ne vor urma inconştient!

Pentru a intra în rezonanţă cu celălalt nu trebuie să-i copiem într-o manieră perceptibilă, exagerată şi fără discriminare fiecare mişcare. O astfel de atitudine poate avea efecte contrare, poate fi considerată o insultă! Putem să reflectăm mişcările braţului prin mişcări uşoare ale mâinii, mişcările corpului prin înclinări ale capului ; respiraţia foarte rapidă a pacientului poate fi reflectată prin mişcări ritmice ale mâinii aşezate pe braţul fotoliului, iar ticurile - prin uşoare balansări ale corpului. Acest mod de reflectare se

numeşte „sincronizare încrucişată" şi constă în utilizarea unor comportamente analoage mai degrabă decât identice celor pe care dorim să le reflectăm.

Utilizând sincronizarea nonverbală creăm un pod între noi şi ceilalţi - avem mai multe lucruri în comun cu celălalt, mai multe puncte de contact. Putem, astfel, să ne înţelegem mai bine interlocutorul, să-l provocăm la răspunsuri care, într-un alt context, ar fi puternic cenzurate etc. Nu putem invita pe nimeni să vină spre noi dacă, mai întâi, nu am construit „podul"!

Desincronizarea este, şi ea, o tehnică utilă. Mijlocul cel mai elegant de a sfârşi o conversaţie este acela de a ieşi din „dans". Nu vom putea face acest lucru decât dacă vom schimba, evident, „paşii", dacă vom proceda altfel, uneori chiar invers, decât atunci când am invitat persoana la „dans". Ce faceţi atunci când cineva întâlnit întâmplător pe stradă începe să vă povestească lucruri plictisitoare? Cum procedaţi pentru a-i refuza politicos „invitaţia la un dans" care nu vă interesează?

Sincronizarea verbală este un alt mijloc pentru stabilirea unui bun raport psihologic. Putem să ne armonizăm cu ceilalţi adaptând tonalitatea, debitul, volumul şi ritmul discursului nostru. Este ca şi cum am cânta împreună cu cineva aceeaşi partitură muzicală. Convorbirea telefonică cu un prieten poate fi un bun exemplu de sincronizare verbală. Putem, de asemenea, să punem capăt acestei convorbiri, desincronizându-ne, schimbând tonalitatea sau ritmul ; desincronizarea este o tehnică utilă, nu întotdeauna uşor de practicat : este foarte dificil să închei firesc o convorbire telefonică prelungită peste limitele pe care eşti dispus să le accepţi!

Pentru stabilirea unui bun raport psihologic şi pentru menţinerea lui este util să ne sincronizăm cu interlocutorul nostru, respectându-i astfel „harta", imaginea pe care acesta o are despre el însuşi şi despre situaţia în care se află. Utilizarea sincronizării trebuie să fie totuşi subordonată obiectivului interviului. Astfel, trebuie să ne întrebăm dacă nu cumva interlocutorul nostru devine prizonierul unui monolog repetitiv, sau are un scop mai mult sau mai puţin conştient care intră în dezacord cu obiectivul explicit al interviului - de pildă prelungirea nedefinită a convorbirii asupra unui subiect pentru a evita abordarea unor teme mai „fierbinţi". În acest caz, putem introduce în această „melodie" un contratimp, desincronizându-ne. De cele mai multe ori efectele acestei desincronizări apar imediat.

Desincronizarea produce o „întrerupere a patternului" (Fevre şi Soto, 1995), permiţând relaţiei comunicative să evolueze. Desincronizarea parţială sau discretă ne poate permite să apreciem dacă raportul psihologic este bine stabilit. Un profesor experimentat, într-o primă etapă, se sincronizează cu elevii săi ; apoi introduce o anumită schimbare în atitudinea şi vocea sa. Dacă elevii reflectă această schimbare, aceasta înseamnă că ei caută noua undă comună pentru realizarea unei bune comunicări ; este momentul în care profesorul le poate cere să realizeze un efort particular.

5. Metamodelul pentru limbaj – arta de a pune întrebări

În bună măsură, activitatea psihologului clinician constă în a explora limitele imaginii pe care o are pacientul despre realitatea în care trăieşte şi de a-i completa această imagine mărindu-i astfel posibilităţile de alegere. Limitele reprezentării sale sunt limitele limbajului utilizat pentru a o descrie.

Metamodelul pentru limbaj este unul dintre primele modele realizate de fondatorii neuroprogramării lingvistice, J. Grinder şi R. Bandler. Modelul propus de acesta este un metamodel deoarece utilizează limbajul pentru a evidenţia limitele lui. Acest model valorifică în egală măsură experienţa unor terapeuţi de excepţie (F. Perls, V. Satir, M. Erickson), regulile de funcţionare a limbajului propuse de gramatica generativă transformaţională (N. Chomski), precum şi o serie de idei lansate de A. Korzybski.

Pentru a înţelege metamodelul, un instrument care facilitează accesul la înţelegerea mai profundă a ceea ce oamenii spun, trebuie să ştim că traducerea universului nostru interior în cuvinte nu este o operaţie uşoară. Universul nostru interior este alcătuit din imagini, trăiri (senzaţii, emoţii etc.), cuvinte. Imaginile transportă simultan o foarte mare cantitate de informaţii, iar verbalizarea lor este în mod inevitabil lacunară ; pentru trăirile şi senzaţiile noastre, care sunt atât de concrete, unice, de cele mai multe ori, nu avem cuvintele potrivite pentru a le exprima. Mai adecvat este limbajul metaforic, deşi şi el are limitele lui.

De aceea, lingviştii deosebesc două niveluri ale limbajului : *structura profundă* şi *structura superficială*. Structura superficială este cea propusă unui interlocutor, discursul oral sau scris al unei persoane ; ea cuprinde şi enunţurile utilizate în dialogul nostru interior.

➲ Exemplu :

„*Mă doare capul.*"

Structura profundă a limbajului este rareori exprimată în comunicarea verbală ; este discursul nerostit. Ea este reprezentarea lingvistică completă a experienţelor, trăirilor – într-un cuvânt, a universului nostru interior.

➲ Exemplu :

„*Începând din data... ora... am dureri pulsatile, intermitente... în zona frontală a capului...*"

Sarcina psihologului este aceea de a descoperi elementele lipsă din discursul manifest al pacientului/subiectului, de a reconstitui cât mai complet posibil imaginea pe care acesta o are despre realitatea în care se află. Totuşi, „*harta nu este teritoriul*" (Korzybski), imaginea realităţii nu este realitatea, harta este o reprezentare schematică, fidelă şi redusă a teritoriului. Neuroprogramarea lingvistică (NPL) vorbeşte despre „modelul lumii" pe care fiecare persoană şi-l construieşte pornind de la propria realitate.

Diferenţierea lumii de „modelul lumii", a teritoriului de hartă, permite psihologului să facă distincţia fundamentală între schimbarea lumii şi schimbarea ideii pe care pacientul/subiectul şi-o face despre lume. Terapeutul nu va schimba lumea pacientului/ subiectului său, ci ideea pe care acesta o are despre ea ; oamenii se comportă în funcţie de imaginea pe care o au despre lumea lor şi, prin urmare, schimbând imaginea, harta, schimbăm implicit comportamentele, iar acestea din urmă pot modifica lumea, teritoriul !

Când comunicăm, realizăm un *proces de derivare* din structura profundă a experienţei noastre a structurii superficiale care este receptată de interlocutor. În acest proces de derivare informaţiile suferă o serie de transformări. În primul rând *selectăm* doar o parte din informaţiile disponibile în structura profundă ; mare parte va fi abandonată, omisă. În al doilea rând, simplificăm, ceea ce implică o *distorsiune* inevitabilă a sensului. Apoi, *generalizăm* ; enumerarea tuturor excepţiilor şi condiţiilor posibile ar face comunicarea foarte dificilă.

Metamodelul dezvoltat de NPL cuprinde o serie de întrebări cu ajutorul cărora se recuperează informaţiile pierdute în procesul derivării prin omisiuni, distorsiuni, generalizări. Utilizând întrebările şi instrumentele lingvistice propuse de Bandler şi Grinder, psihologul :

- accede la structura profundă a limbajului ;
- identifică o serie de violări semantice în procesul comunicării ;
- utilizează o serie de întrebări pertinente în raport cu omisiunile, generalizările şi distorsiunile identificate în structura superficială a limbajului.

Acest demers are ca scop reconectarea limbajului unei persoane la experienţa ei senzorială specifică şi unică.

Pentru ilustrare, „transcriem" primele replici din două interviuri terapeutice :

1. „***P*** : *Îmi este teamă.*
   T : *De ce anume îţi este teamă ?*
   P : *Îmi este teamă de lucrările de control.*
   T : *La ce obiect de studiu anume te referi ?*
   P : *Lucrarea de control la matematică.*
   T : *Mai concret, ce anume te sperie etc ?*"
2. „***P*** : *Îmi este teamă.*
   T : *Nu trebuie să-ţi fie teamă. (Nu ai de ce să-ţi fie teamă) !*"

5.1. Omisiunile

Omisiunea este un fenomen de modelare a experienţei care ne permite să ignorăm anumite informaţii în detrimentul altora ; ea este întâlnită, practic, în majoritatea frazelor pe care le pronunţăm. Când suntem preocupaţi de anumite dimensiuni sau aspecte ale experienţei noastre, le excludem pe celelalte. În acest caz, întrebările metamodelului au ca obiectiv principal recuperarea informaţiilor lipsă şi reconstituirea mai precisă a conţinutului experienţei.

Verbele nespecifice. Acest tip de omisiune este cel mai frecvent deoarece majoritatea verbelor au un caracter nespecific. De cele mai multe ori, evidenţiem acţiunea fără a spune *cum* anume a fost ea realizată.

➲ Exemplu:

„Ea m-a ajutat."
„Învăţ pentru examen."
„El m-a supărat." etc.

Pentru a afla *cum* anume au fost realizate aceste acţiuni, contextul sau condiţiile în care ele s-au desfăşurat, putem pune următoarele întrebări:

„Cum anume te-a ajutat ?"
„Cum înveţi ?"
„Ce faci pentru a învăţa ?"
„Ce anume te-a supărat ?"

Substantivele nespecifice. „Copilul a avut un accident" ; *„Maria, fiica mea de şase ani, a încercat să ia ceva de pe un dulap suindu-se pe un scaun şi a căzut lovindu-se la mâna dreaptă"*. Deşi enunţurile anterioare vor să spună acelaşi lucru, în mod evident, a doua frază conţine mai multe informaţii specifice.

Sunt situaţii în care subiectul activ al unei fraze este omis, suprimat prin folosirea diatezei pasive: *„Sunt căutat" ; „Casa a fost construită"*. Acest tip de omisiune poate implica o imagine despre lume în care vorbitorul asistă ca un spectator neputincios şi în care evenimentele se produc fără ca nimeni să fie responsabil.

Substantivele nespecifice sunt clarificate prin întrebarea: *„Cine* sau *Ce, mai precis,... ?"*.

Comparaţiile. O comparaţie implică cel puţin doi termeni. Deşi acest fapt pare evident, atunci când comunicăm, lăsăm deseori în umbră cel de-al doilea termen al comparaţiei.

➲ Exemplu:

„Sunt mai puţin pregătit."
„Sunt cel mai nefericit om."

Majoritatea frazelor care conţin cuvinte ca *„Mai..."*, *„cel mai..."* introduc o comparaţie ; nu putem face o comparaţie decât dacă avem un element cu care să comparăm. Dacă el lipseşte, trebuie să solicităm denumirea lui. Întrebările trebuie să vizeze şi *criteriul* după care se efectuează comparaţia ; acesta trebuie să fie clar formulat, să conţină indicatori observabili:

➲ Exemplu:

„Mai puţin pregătit decât cine ?"
„Cum îşi dau seama ceilalţi că eşti mai puţin pregătit ?"

Se recomandă şi precizarea contextului în care este valabilă comparaţia. Acest fapt ar putea relativiza comparaţiile nefavorabile.

În general, omisiunile comparative sunt clarificate prin întrebarea: *„Comparativ cu cine (ce)... ?"*.

5.2. Generalizările

Prin generalizare, fragmente sau elemente ale „modelului lumii" pe care îl are o persoană sunt detaşate de experienţa sau experienţele sale pentru a exprima o întreagă categorie ; un singur exemplu este ridicat la rang de regulă, lege. Generalizarea are un caracter foarte limitativ deoarece ne împiedică să vedem diferenţele, să identificăm excepţiile. Desigur, în mod natural avem tendinţa de a introduce informaţiile şi experienţele noastre în categorii generale, dar acest proces de inducţie are la bază, cel puţin iniţial, un proces de reflexie asupra diferenţelor. Generalizările ne oferă o „hartă" a realităţii, uneori nebuloasă şi inexactă, care ne împiedică să vedem copacii din cauza pădurii şi în baza căreia avem tendinţa să luăm decizii de tipul „totul sau nimic", „a fi sau a nu fi", fără a mai fi capabili să distingem nuanţe.

Dacă dorim să schimbăm această imagine prea generală, trebuie să provocăm o reflexie asupra diferenţelor, asupra excepţiilor. A admite existenţa excepţiilor înseamnă a fi mai realist.

În categoria generalizărilor, diferenţiem:

1. Cuantificatori universali
2. Operatori modali
3. Judecăţi de valoare fără origine specificată.

Cuantificatorii universali. Sunt cuvinte şi expresii care introduc o suprageneralizare: *tot, toată lumea, nimeni, nimic, niciodată, totdeauna, de fiecare dată, tot timpul* etc. Când cineva utilizează aceste cuvinte, dă impresia că enunţă o lege universală ; de pildă: *„nimeni nu mă înţelege"*. Dacă dorim să contestăm această „lege" trebuie să identificăm una sau mai multe excepţii care, desigur, există în realitate, dar sunt mascate, trecute sub tăcere de acest proces al generalizării. Cea mai simplă şi mai directă cale este de a relua, într-o manieră interogativă, cuvântul utilizat: *„nimeni ?"*. Alteori putem introduce cuvântul respectiv într-o construcţie oarecum paradoxală: *„Dacă înţeleg bine, niciodată nimeni nu v-a înţeles ?"*. Această construcţie ilustrează şi un alt procedeu prin care putem provoca identificarea excepţiilor: exagerarea afirmaţiei iniţiale prin adăugarea altui cuantificator universal (în exemplul de mai sus – *„niciodată"*), fapt care evidenţiază caracterul absurd al acesteia.

Cuantificatorii universali pot fi puşi sub semnul îndoielii prin întrebări care vizează specificarea contextului sau a excepţiilor:

„Nu a existat niciodată un moment în care... ?".

Operatorii modali. Există reguli comportamentale pe care gândim că nu putem sau nu trebuie să le încălcăm. Expresii precum *„nu pot"* sau *„nu trebuie"* sunt numite în lingvistică operatori modali ; ele stabilesc limite postulate de reguli nescrise.

Operatorii modali pot fi *de necesitate* sau *de posibilitate*.

Operatorii modali de posibilitate stabilesc limitele cele mai puternice: *„pot"*, *„nu pot"*, *„posibil"*, *„imposibil"*. Acestea sunt expresii care decupează pe harta locutorului

spaţiul în care el acţionează şi ia decizii. În mod evident, fiecare are limitele sale naturale, însă aceşti operatori se referă la limitele impuse de credinţele individului.

➲ Exemplu :

„Aşa sunt eu, nu mă pot schimba."
„Nu pot să-l refuz."
„Îmi este imposibil să-i spun adevărul" etc.

Operatorii modali de posibilitate indică o limită, o imposibilitate, fără a specifica felul în care funcţionează această limită. Deseori *„nu pot să..."* este trăit ca o stare de incompetenţă absolută, fără speranţa vreunei schimbări. Când cineva spune *„nu pot să..."*, el şi-a fixat un obiectiv, apoi l-a plasat pe „harta" sa într-un teritoriu care nu mai este sub controlul său.

Limitele impuse de acest tip de operatori modali pot fi depăşite printr-un proces de reflexie asupra obstacolelor ce ne separă de obiectivul propus şi asupra consecinţelor atingerii lui. Acest proces de reflexie poate fi provocat utilizând întrebări precum :

„Ce vă împiedică să... ?"
„Ce s-ar întâmpla, dacă aţi face lucrul respectiv ?".

În NPL nu există întrebarea *„De ce ?"*. În cel mai bun caz ea provoacă o serie de raţionalizări, justificări şi explicaţii care nu schimbă cu nimic situaţia. Uneori oamenii se justifică spontan : *„Nu pot vorbi cu vecinii pentru că sunt prea bănuitori"*. În acest caz, întrebările trebuie să provoace interlocutorul să descrie în termeni comportamentali ceea ce ar putea fi doar o credinţă rezultată dintr-un proces de generalizare.

➲ Exemplu :

„După ce vă daţi seama că vecinii sunt bănuitori ?"
„Cum altfel aţi putea explica comportamentul lor ?" etc.

Operatorii modali de necesitate. Expresii precum *„trebuie"*, *„nu trebuie"*, *„este necesar să"*, *„nu este necesar să"* vehiculează reguli de conduită ale căror motivaţie şi consecinţe nu sunt în mod explicit formulate.

➲ Exemplu :

„Trebuie să mă gândesc mai întâi la ceilalţi !"
„Nu trebuie să vorbesc cu astfel de oameni !"
„Trebuie să salut persoanele pe care le întâlnesc !" etc.

Doar în cazul în care motivele şi consecinţele acestor reguli sunt explicitate ele vor putea face obiectul unui examen raţional, critic ; altfel, ele vor limita pur şi simplu comportamentul şi capacitatea noastră de decizie. Deseori *„trebuie"* sau *„nu trebuie"* sunt expresia unor judecăţi morale.

➲ Exemplu :

„Trebuie să fii cinstit cu ceilalţi !"
„Nu trebuie să furi !" etc.

Dacă vom compara aceste propoziţii cu :

„Trebuie să citesc zilnic 10 pagini !"
„Trebuie să mă scol în fiecare dimineaţă la ora 6 !",
vom înţelege mai bine limitele pe care le avem în vedere.

Din nefericire, educaţia este frecvent un teren minat de astfel de operatori de necesitate : *„La vârsta ta un copil* **trebuie** *să... !"*. Utilizarea lui „trebuie" cu referire la capacităţi este în general considerată un reproş ; ar trebui să fiţi capabil să faceţi cutare lucru, dar nu puteţi – fapt ce determină sentimentul eşecului. În acest context, „trebuie" induce un sentiment de culpabilitate, creând o prăpastie artificială între aşteptări (nejustificate) şi realitate. Deşi se proclamă frecvent că oamenii sunt unici, acest adevăr este uitat când se afirmă că „fiecare trebuie să...", propoziţie continuată cu norme, standarde şi reguli care au ca scop uniformizarea lor. Operatorii modali de necesitate – „Nu trebuie/trebuie să..." – sunt clarificaţi prin întrebarea :

„Ce s-ar întâmpla dacă aţi face/nu aţi face... ? (având în vedere exemplele anterioare :
„Ce s-ar întâmpla dacă nu v-aţi gândi mai întâi la ceilalţi ?"
„Ce s-ar întâmpla dacă nu aţi citi zilnic 10 pagini ? etc...).

Judecăţile de valoare (afirmaţiile) fără origine specificată. În această categorie intră afirmaţiile a căror origine este ignorată, pierdută. În literatura americană se utilizează, pentru a desemna acest tip de generalizare, expresia *lost performatives* şi ea evidenţiază dispariţia (*lost*) agentului responsabil al afirmaţiei ; unii autori francezi utilizează expresia „afirmaţii peremptorii" (M. Dovero, E. Grébot, 1993 ; Cudicio, 1992 etc.), deşi sunt de acord că nu întotdeauna ea acoperă sensurile acestui gen de generalizare. Afirmaţia *„Nu este bine să nu ţii cont de ceilalţi"* poate fi considerată o afirmaţie peremptorie, deoarece ne propune ceva drept adevăr incontestabil, fără a ne informa în nici un fel despre autorul ei. Însă dacă cineva spune : „Eu cred că nu este bine să nu ţii cont de ceilalţi", atunci această afirmaţie ne informează clar despre opinia cuiva care nu se ascunde în spatele unor enunţuri generale, impersonale.

Unele dintre aceste afirmaţii ar putea avea un conţinut moral şi nu este necesar să fie contestate, însă identificarea lor, în discursul cuiva, este utilă şi interesantă, deoarece ne informează despre natura credinţelor partenerului nostru.

Multe alte afirmaţii sunt însă enunţate într-o manieră impersonală, care permit locutorului să se folosească de ele ca de un paravan : nu ştim dacă el aderă sau nu la opinia exprimată şi nici care este autorul ei. De exemplu, dacă cineva spune : „Acest lucru nu se face !", este important să punem o serie de întrebări care au ca scop precizarea sursei informaţiei, a contextului în care această informaţie a fost elaborată.

➲ Exemplu :
„Ce anume nu se face ?"
„Cine spune asta ?" etc.

Sau, dacă un elev spune :

„Bac-ul nu serveşte la nimic",

i-am putea pune următoarele întrebări :

„De ce bac-ul nu serveşte la nimic ?"
„Cine spune asta ?"
„Cum de ştie el (ea) acest fapt ?"

Aceste întrebări ne permit să înţelegem cum au ajuns, elevul sau părinţii săi, la această credinţă.

Când afirmaţiile se referă la competenţe, ele pot induce sentimente de culpabilitate şi eşec pentru că raportează interlocutorul la standarde aparent universal valabile : „Ortografia este totuşi ceva foarte simplu" ; în acest caz e util să ştim pentru cine este ceva simplu. Emiţătorul ar putea răspunde că pentru el ortografia este ceva simplu ; astfel el deschide calea contestării adevărului prezentat iniţial ca ceva general valabil !

Pentru clarificarea afirmaţiilor fără origine cunoscută se poate pune, în general, următoarea întrebare :

„Cine face această afirmaţie şi pe ce se bazează el (ea) ?"

5.3. Distorsiunile

Distorsiunile implică procese importante de modelare a experienţei noastre cu efecte neaşteptate asupra „hărţii" pe care o avem fiecare despre ceea ce numim realitate. Creativitatea, inventivitatea, înlănţuirile, uneori surprinzătoare, ale ideilor şi imaginilor noastre au la bază, între altele, procesele distorsiunii. Totuşi, distorsiunea poate realiza şi veritabile violări şi malformaţii semantice cu efecte negative asupra „modelului lumii".

Nominalizările. Nominalizările sunt cuvinte nespecifice care au ca principală caracteristică aceea de a „îngheţa" un proces transformându-l în ceva fix, static. Prin nominalizare, verbele care exprimă acţiuni sunt înlocuite cu substantive, realizându-se astfel conversia unui proces în ceva static ; dacă verbele implică acţiune, schimbare, substantivele descriu un eveniment finit, nonschimbare. Aparent inofensive, nominalizările maschează diferenţe esenţiale între diferitele „hărţi ale lumii". Să luăm, de exemplu, termenul „memorie". Observaţi diferenţa dintre următoarele două enunţuri : „Am o *memorie* slabă", „*Memorez* greu numele proprii". Primul enunţ realizează o autoatribuire, vehiculând implicit ideea unei permanenţe, a unei calităţi constante a persoanei respective ; al doilea enunţ exprimă o acţiune, şi orice acţiune poate fi îmbunătăţită, efectuată în mai multe feluri.

➲ Exemplu :

„În ce context memorezi mai greu ?"
„Cum procedezi pentru a memora ?" etc.

În majoritatea cazurilor, nominalizările se realizează prin utilizarea unor cuvinte abstracte (dragoste, libertate, decizie, fericire, speranţă etc.) şi tocmai de aceea semnificaţia lor variază sensibil de la o persoană la alta. Fiecare are ideea lui despre fericire şi, de aceea, când cineva spune că este fericit nu veţi afla de ce decât întrebându-l. S-ar putea să fiţi mirat când îi veţi auzi răspunsul, pentru că veţi cunoaşte o „hartă" a realităţii celuilalt pe care nici nu o bănuiaţi.

Identificarea nominalizărilor trebuie urmată de formularea unor întrebări care să-l determine pe interlocutorul nostru să treacă la o comunicare dinamică, concretă. Pentru aceasta, de cele mai multe ori, este suficient ca întrebarea să înlocuiască cuvântul abstract sau substantivul cu un verb, provocându-l astfel pe interlocutor să descrie elementele concrete ale experienţei sale care înainte fuseseră etichetate într-o manieră abstractă şi încremenită.

➲ Exemplu :

1. – Doresc reuşita copiilor mei.
   – Cum anume doriţi ca ei să reuşească ?
2. – Doresc să îmbunătăţesc comunicarea mea cu ceilalţi.
   – Ce înseamnă pentru dvs. a comunica ?
3. – Îmi propun o schimbare în relaţiile mele cu soţia.
   – Ce anume doriţi să schimbaţi ?

Denumirea unor afecţiuni medicale, etichetele nosologice în general sunt exemple interesante de nominalizare : ce înseamnă „depresie", „anxietate" etc. ? Un pacient poate merge la medic din cauza câtorva nopţi nedormite, a unor gânduri care nu-i dau pace şi află că suferă de ANXIETATE, STRES etc. El ar putea avea unele idei pentru a putea dormi (adevărul este că are şi nopţi în care doarme bine !), dar nu ştie deloc cum să lupte împotriva ANXIETĂŢII, a STRES-ului !

Echivalenţele complexe. Echivalenţele complexe produc distorsiuni prin stabilirea unei analogii între o propoziţie specifică şi una mai generală.

➲ Exemplu :

„Nu zâmbeşte... nu se distrează."
„Nu mă priveşte... este supărat pe mine."
„Dacă nu te uiţi la mine când îţi vorbesc înseamnă că nu eşti atent la ceea ce-ţi spun" etc.

De cele mai multe ori aceste echivalenţe au la bază generalizarea experienţei proprii. Autorul enunţurilor prezentate mai sus, pornind de la experienţa personală, crede că toţi oamenii, atunci când se amuză, zâmbesc, când sunt supăraţi, evită să-i privească pe ceilalţi, sau, când sunt atenţi, îşi fixează privirea asupra interlocutorului ! Echivalenţele complexe pot fi puse sub semnul îndoielii prin întrebări ce vizează identificarea unor contraexemple pentru relaţia de echivalenţă propusă şi disocierea celor doi termeni ai echivalenţei. Dacă ne raportăm la unul dintre exemplele anterioare, aceste întrebări ar putea fi :

„Dacă te-ar privi ar însemna că nu este supărat ?"
„Cunoşti oameni care, când sunt supăraţi, îşi privesc interlocutorul ?" etc.

Presupoziţiile. Toţi avem credinţe, aşteptări, ipoteze care au la bază experienţa noastră anterioară. Practic, este imposibil să trăim fără ele ; credinţele şi aşteptările noastre devin grile de lectură a realităţii, pun ordine şi selecţionează informaţiile care ne bombardează în orice moment. Aşteptările, ipotezele mai mult sau mai puţin explicite au

un rol pozitiv („dacă nu ştii ce cauţi nu vei găsi nimic!"), dar, în egală măsură, ele ne pot limita comportamentul, capacitatea de decizie („nu găseşti decât ceea ce cauţi!").

Supoziţiile fundamentale care limitează comportamentul nu sunt în mod necesar exprimate într-un mod uşor observabil. Deseori ele sunt deghizate sub forma întrebărilor *„Pentru ce?"*, *„Pentru ce nu eşti atent?"* – presupoziţia implicită: *„Nu eşti atent"*. A răspunde direct la o astfel de întrebare înseamnă a pierde din start.

A întreba un copil: *„Te culci la ora 8 sau la ora 8 şi un sfert?"* înseamnă a-i întinde o capcană, pentru că, dându-i iluzia că poate alege, alegerea lui este, de fapt, limitată. Indiferent ce alternative de răspuns alege, alegerea lui semnifică acceptarea presupoziţiei de bază – merge la culcare! Rămânând la acest exemplu, presupoziţia poate fi scoasă la lumină şi pusă sub semnul întrebării astfel: *„Ce te face să crezi că vreau să mă culc?"*.

➲ Alte exemple:

„Când vei fi matur, vei înţelege." (Nu eşti matur).
„Nu cumva vrei să-mi spui o altă minciună?" (Deja m-ai minţit).
„De ce nu zâmbeşti mai mult?" (Nu zâmbeşti suficient etc.).

În general, presupoziţiile pot fi puse în evidenţă şi combătute prin întrebarea:
„Ce vă face să credeţi că...?"

Relaţiile cauză-efect. Oamenii au nevoie de explicaţii; ele securizează pentru că introduc o anumită ordine ce asigură înţelegerea evenimentelor pe care le trăiesc. Totuşi „ordinea", „harta" pe care o propun explicaţiile cauzale simple, frecvent întâlnite în limbajul cotidian, realizează o distorsiune a realităţii cu consecinţe importante asupra opţiunilor comportamentale consecutive.

Deseori este greu să ne asumăm responsabilitatea comportamentelor şi stărilor noastre afective; tocmai de aceea auzim frecvent propoziţii precum:

„X mă enervează..., mă supără..."
„Întreprinderea la care lucrez mă împiedică să..."
„Aş pleca în concediu, dar nu am maşină..."

În mod evident astfel de afirmaţii postulează existenţa unor cauze exterioare comportamentelor şi stărilor afective ale oamenilor. Dacă le acceptăm „există riscul de a considera oamenii ca nişte bile de biliard care se supun legilor (fizice, n.n.) cauză-efect" (J. O'Connor, J. Seymour, 1995, p. 119).

Nimeni nu exercită un control direct asupra stărilor afective ale celuilalt. Dacă n-ar fi aşa, fiecare dintre cuvintele şi comportamentele noastre ar deveni, cu voie sau fără voie, mesageri ai fericirii sau nefericirii celorlalţi! Ar trebui, prin urmare, să acordăm o grijă (evident exagerată) fiecărui gest, fiecărui cuvânt care, prin forţa lor intrinsecă ar putea provoca atâtea neplăceri celorlalţi; imaginaţi-vă, cât de uşor am putea să ne facem prietenii fericiţi!

Totuşi, controlul facil al fericirii sau nefericirii celorlalţi este o responsabilitate prea mare!

Pentru a pune sub semnul întrebării această explicaţie cauzală simplă, putem proceda cel puţin în două moduri:

a) Putem solicita o *descriere* mai detaliată a procesului prin care un stimul extern provoacă o stare afectivă sau un comportament; de cele mai multe ori, descrierea „procesului cauzal" poate evidenţia şi alte opţiuni comportamentale la îndemâna actorului social respectiv. Totuşi, procedând astfel, credinţa că ceilalţi sunt responsabili de reacţiile noastre rămâne intactă.

b) Această credinţă poate fi vizată direct, punând întrebări de genul:

*„Cum anume **faceţi** să vă simţiţi rău auzind ce spune el?"*

Astfel se realizează trecerea verbului ***a face*** de la diateza pasivă („El ***mă face*** să mă simt rău.") la diateza activă, evidenţiind în acest mod responsabilitatea fiecăruia pentru ceea ce simte şi modul în care acţionează. Deoarece nu totdeauna este uşor să ne asumăm o astfel de responsabilitate, această abordare trebuie utilizată doar după ce am stabilit o relaţie bună cu interlocutorul; în caz contrar, ea ar putea fi receptată ca o provocare.

Lectura gândurilor. Ceea ce în programarea neurolingvistică se numeşte lectura gândurilor, divinaţia (*mind reading*) este fenomenul care face ca unele persoane să se comporte ca şi cum ar şti ceea ce cred sau gândesc ceilalţi, fără a avea o probă directă. Mulţi dintre noi ne comportăm astfel. Uneori acest fenomen este expresia unei reacţii intuitive la indici nonverbali pe care i-am sesizat la nivel inconştient; alteori avem de-a face cu adevărate halucinaţii care au la bază fenomenul proiecţiei: gândim că celălalt gândeşte exact cum am gândi noi, dacă ne-am afla în aceeaşi situaţie.

Există două modalităţi de manifestare a divinaţiei:

a) *O persoană crede că ştie ce gândeşte altcineva.*
„Ştiu dinainte ce va spune când va intra..."
„X este deprimat..."
„Era enervat, dar i-a fost greu să recunoască acest fapt...".

Verbe precum „a gândi", „a crede", „a presimţi" etc. introduc deseori „lecturi (nejustificate) ale gândurilor" şi de aceea ele trebuie să ne reţină atenţia când le auzim sau le utilizăm:

„El trebuie să gândească că-i consum prea mult timp!".
„Da, este posibil, dar cum vă daţi seama de acest fapt?".

Divinaţia poate conduce la adoptarea de comportamente în funcţie de ceea ce credem, de ceea ce ne imaginăm sau gândim, în loc să acţionăm în raport cu mesajele pe care ni le oferă persoana cu care comunicăm.

b) Există şi situaţii în care noi *acordăm celorlalţi puterea de a citi în mintea noastră*, de a ne ghici gândurile:

„Dacă m-ai iubi, ai şti ce doresc!"
„Ar trebui să ştii că-mi place acest lucru!" etc.

O persoană care utilizează acest mod de comunicare nu spune celorlalţi exact ceea ce doreşte, deoarece presupune că aceştia ***ar trebui*** (cum?) să ştie. Ea introduce astfel posibilitatea apariţiei unor neînţelegeri grave.

Întrebând direct cum anume interlocutorul nostru ştie ce gândim sau gândesc ceilalţi, obţinem de obicei răspunsuri sub forma unor credinţe sau generalizări:

➲ Exemplu:

„- *George nu mă iubeşte!*
- Cum ştii că George nu te iubeşte?
- *Pentru că nu face niciodată ceea ce-i spun*".

Răspunsul este o „echivalenţă complexă" cel puţin contestabilă: *„De ce crezi că a face întotdeauna ce ţi se spune este o dovadă de iubire?"*.

5.4. Concluzii

Metamodelul propus de neuroprogramarea lingvistică ne ajută să facem vizibil universul interior al interlocutorului nostru. Totuşi, atunci când punem întrebările recomandate de model, trebuie, mai întâi, să ne punem noi înşine o întrebare:

„Interlocutorul nostru nu ştie cum, nu poate sau nu vrea să-şi dezvăluie gândurile şi trăirile?"

De cele mai multe ori pacienţii sunt motivaţi să spună terapeutului tot ce gândesc şi simt în legătură cu problemele lor. Însă, în mod frecvent, ei nu ştiu cum să facă acest lucru sau nu sunt încă pregătiţi. Întâlnesc deseori pacienţi care, la invitaţia de a-şi prezenta problema, răspund că preferă să fie întrebaţi! Dar chiar şi în această situaţie, unele din întrebările propuse de „Metamodel" trebuie puse doar după ce am stabilit o bună relaţie cu pacientul şi plasându-ne eventual într-o poziţie inferioară acestuia (*„Nu înţeleg prea bine! Ai putea să-mi explici cum x determină y?"*). După cum spuneam, majoritatea oamenilor renunţă greu la unele credinţe (generalizări) securizante şi-şi asumă şi mai greu responsabilitatea unor consecinţe neplăcute. De aceea, dacă, încă din primele momente ale întâlnirii, îi adresăm pacientului cu un ton superior întrebări în măsură să îi demonteze credinţele şi să îl responsabilizeze în legătură cu problemele sale, riscăm să declanşăm reacţii defensive sau agresive, cu consecinţe negative asupra desfăşurării terapiei.

Întrebările trebuie puse într-o atmosferă de respect, acceptare şi înţelegere a interlocutorului. În viaţa de zi cu zi există şi situaţii în care interlocutorii noştri nu vor să-şi dezvăluie decât parţial gândurile şi sentimentele. Întrebările care forţează direct barierele conştiente pe care celălalt le ridică în faţa noastră ar putea avea consecinţe neplăcute. Mulţi dintre noi am învăţat deja că *„sunt întrebări care nu se pun!"*.

6. Conţinutul şi structura interviului

6.1. Conţinutul întrebărilor

Valorile, cunoştinţele, stările afective, precum şi o serie de caracteristici socio-demografice sunt adevărate „filtre" implicate în procesul complex prin care oamenii îşi construiesc „hărţi" unice despre ei înşişi şi despre realitatea care îi înconjoară. A înţelege oamenii

înseamnă a avea acces la aceste „hărţi", a schimba oamenii înseamnă a completa aceste hărţi... Cel mai simplu mod de a afla cum se comportă oamenii, ce simt şi ce gândesc este pur şi simplu să-i întrebi.

Atunci când un psiholog îşi pregăteşte un interviu, el trebuie să decidă ce întrebări va adresa, în ce ordine, cât de multe detalii va solicita, durata interviului şi cuvintele pe care le va folosi în construcţia întrebărilor.

În funcţie de conţinutul informaţional vizat, se conturează, în general, şase tipuri de întrebări care pot fi adresate clienţilor (pacienţilor) (Patton, 1990). Practic, orice temă (sau domeniu) poate fi abordată din perspectiva dimensiunilor care structurează aceste întrebări.

a) Întrebări referitoare la experienţe/comportamente. Aceste întrebări solicită informaţii despre ceea ce o persoană face sau a făcut. Răspunsurile trebuie să conţină descrierea unor acţiuni, activităţi, comportamente observabile din trecut sau prezent: *„Dacă aş fi fost cu tine în situaţia X, ce aş fi observat din ceea ce ai făcut?"*; *„Dacă te-aş observa într-o zi obişnuită, ce anume aş vedea din ceea ce faci?"*.

b) Întrebări referitoare la opinii/valori. Aceste întrebări ne ajută să înţelegem felul în care oamenii interpretează şi-şi construiesc o anumită imagine despre lucruri, inclusiv imaginea despre ei înşişi: *„Ce anume crezi/gândeşti despre...?"*.

c) Întrebări referitoare la sentimente/emoţii. Astfel de întrebări vizează înţelegerea răspunsurilor emoţionale ale oamenilor determinate de experienţele şi gândurile lor. Răspunsurile emoţionale au un caracter spontan; în mod frecvent oamenii se simt depresivi sau anxioşi, aparent fără nici un motiv. Multe din modelele teoretice care fundamentează diverse tehnici psihoterapeutice în domeniul tulburărilor depresiv anxioase au la bază ideea că stările afective sunt determinate de gândurile noastre. De aceea, este bine ca intervievatorul să înţeleagă distincţia dintre emoţii şi credinţe/cogniţii/gânduri, pentru a şti dacă răspunsul primit este exact cel aşteptat. Să presupunem că întrebăm: *„Ce simţi în legătură cu aceasta?"*. Răspuns: *„Cred că, probabil, ceea ce am făcut a fost cel mai bun lucru pe care puteam să-l fac în împrejurările respective"*. În acest caz întrebarea referitoare la starea afectivă trăită de client nu a primit, de fapt, un răspuns. Confuzia dintre credinţe şi sentimente poate fi întreţinută şi de intervievator în cazul în care, de exemplu, solicită frecvent opinii şi credinţe utilizând întrebări de forma: *„Ce* ***simţi*** *în legătură cu aceasta?"*.

d) Întrebări referitoare la cunoştinţe. Acest tip de întrebări îşi propune să culeagă informaţii factuale. Se porneşte de la ideea că există anumite lucruri ştiute, fapte „reale" care nu sunt nici opinii, nici credinţe sau emoţii. Desigur, din punct de vedere filosofic se poate argumenta că aproape toate cunoştinţele nu sunt altceva decât un set de credinţe. Scopul acestor întrebări este acela de a evalua diferenţa, distanţa dintre „hartă" şi „teritoriu", acesta din urmă fiind domeniul faptelor.

e) Întrebări referitoare la caracteristici socio-demografice. Răspunsurile la acest tip de întrebări ne ajută să introducem clientul într-un anumit grup social, să creăm un cadru de referinţă pentru interpretarea răspunsurilor la celelalte întrebări. Întrebările referitoare la vârstă, educaţie, ocupaţie, domiciliu, mobilitate fac parte din această categorie.

Toate tipurile de întrebări descrise mai sus pot fi formulate la timpul prezent, timpul trecut sau timpul viitor.

6.2. Ordinea întrebărilor

Nu există reguli precise privind organizarea unui interviu. Interviurile nestructurate și semistructurate sunt flexibile, întrebările aflându-se în strânsă legătură cu răspunsurile oferite de respondent în secvența anterioară. Prin urmare, rareori este posibilă păstrarea unei ordini anume a întrebărilor.

În interviurile standardizate cu întrebări deschise (de evaluare, diagnostic sau cercetare), clinicianul trebuie să stabilească o ordine a întrebărilor, ordine care trebuie păstrată pe durata intervievării tuturor subiecților avuți în vedere. Deși nu există reguli precise, după cum spuneam, putem oferi totuși câteva sugestii privind ordinea întrebărilor într-un interviu.

Se recomandă începerea interviului cu întrebări referitoare la activități, comportamente și experiențe prezente care nu ridică probleme deosebite. Deoarece aceste întrebări solicită doar descrieri, clientul nu va face eforturi de rememorare sau interpretare ; ele favorizează crearea unui bun climat psihologic și pregătesc respondentul pentru următoarele etape ale interviului.

Descrierea activităților/experiențelor poate fi urmată de întrebări referitoare la interpretări, opinii, sentimente. După ce și-a verbalizat experiențele, clientul poate să-și exprime, în contextul astfel creat, credințele și sentimentele în legătură cu ceea ce tocmai a descris.

Întrebările referitoare la cunoștințe și deprinderi pot crea un climat anxiogen. De aceea, utilizarea lor trebuie pregătită prin adresarea întrebărilor care solicită descrierea unor activități. Abia după aceea putem realiza o trecere logică la întrebări care vizează performanța, respectiv deprinderile și cunoștințele.

De obicei, oamenii răspund mai ușor la întrebările referitoare la prezent decât la cele care vizează evenimente trecute. De aceea, de pildă, într-un interviu cu scop terapeutic, în loc să cerem pacienților să ne descrie toate problemele lor trecute, putem să le cerem să ne descrie doar ultimul episod problematic care i-a determinat să se prezinte la terapeut. Întrebările referitoare la viitor determină răspunsuri, oarecum speculative și, de aceea, ele au o fidelitate mai scăzută. Totuși, atunci când interviul este inclus într-o anume strategie terapeutică, se pot utiliza întrebări orientate spre viitor, cu scopul construirii soluțiilor la problemele cu care se prezintă pacienții. Descrierile pozitive ale unor acțiuni viitoare se pot transforma în „predicții ce se autoîmplinesc".

Întrebările care vizează caracteristici socio-demografice sunt, de cele mai multe ori, plictisitoare și alcătuiesc partea care place cel mai puțin persoanelor intervievate. Deoarece ele au un caracter închis, începerea interviului cu o succesiune de astfel de întrebări poate induce impresia că este vorba despre un interogatoriu : *„Cum vă numiți ?"*, *„Unde locuiți ?"*, *„Aveți copii ?"* etc.

De aceea, se recomandă utilizarea minimă a unor astfel de întrebări și diseminarea lor printre celelalte pe durata întregului interviu. Dacă unele caracteristici socio-demografice nu sunt necesare pentru crearea unui context adecvat adresării unor întrebări referitoare la activități și experiențe, atunci putem plasa întrebările care solicită astfel de caracteristici în finalul interviului.

6.3. Formularea întrebărilor

Se spune deseori că a ști să întrebi este o artă. Afirmația este cu atât mai valabilă în cazul interviului psihologic cu cât scopul lui este acela de a ne facilita pătrunderea în universul interior, intim al persoanei căreia îi punem întrebări.

În cadrul unui interviu, întrebarea este un stimul care are ca scop crearea sau generarea unui răspuns din partea persoanei intervievate. O abordare clinică eficientă necesită utilizarea unor întrebări deschise, clare, neutre, singulare. Vom descrie, în continuare, condițiile formulării unei bune întrebări.

a) Formularea unor întrebări cu adevărat deschise. Una dintre condițiile fundamentale ale realizării unui interviu clinic sau de cercetare calitativă este aceea de a nu impune răspunsuri predestinate. De aceea, întrebările utilizate trebuie să fie cu adevărat deschise. Aceasta înseamnă că întrebările trebuie să permită respondenților să răspundă în felul lor specific.

Chestionarele standardizate conțin întrebări cu răspunsuri predeterminate.

➲ Exemplu (item din chestionarul 16 PF) :

Sunt capabil(ă) să găsesc energia necesară pentru a înfrunta dificultățile pe care le întâmpin :
a) întotdeauna
b) adeseori
c) rar

Este evident că întrebarea este închisă și că respondentului i s-a furnizat un număr limitat de alternative de răspuns. Mulți intervievatori cred că, dacă întrebarea nu este urmată de un set de alternative de răspuns, întrebarea este deschisă. Chiar și în acest caz, întrebarea poate să nu fie cu adevărat deschisă dacă vehiculează, într-o manieră implicită, anumite categorii de răspunsuri. Astfel, întrebarea *„Cât de mulțumit ai fost în situația X ?"*, deși pare o întrebare deschisă, la o examinare mai atentă descoperim deja că răspunsurile se vor distribui de-a lungul unei singure dimensiuni predominante : gradul de satisfacție. O întrebare cu adevărat deschisă, care să lase libertate respondentului să exprime sentimentele lui în raport cu situația „X", ar trebui formulată astfel : *„Ce ai simțit în situația X ?"*.

Alte exemple de întrebări deschise : *„Care este părerea ta despre... ?"* ; *„Ce gândești în legătură cu... ?"*.

Sunt autori care semnalează riscul ca întrebările puse să fie atât de deschise încât să devină nespecifice, prea generale ; la astfel de întrebări respondentul poate da *orice* răspuns, poate apela la „clișee" sau pur și simplu rămâne blocat, neștiind ce anume îl interesează pe cel care a formulat întrebarea. Un exemplu de întrebare prea deschisă ar putea fi întrebarea pe care o auzim foarte frecvent : *„Ce mai faci ?"* ; ea s-a transformat deja într-o formă de salut, într-un clișeu la care nimeni nu răspunde cu adevărat !

Unul din principiile generale ale unui interviu eficient este cel al păstrării unei interacțiuni fluente, cursive. Utilizarea întrebărilor deschise asigură fluența interviului. *Pentru a fi cu adevărat deschise, ele nu trebuie formulate într-o manieră dihotomică*, adică nu trebuie să conțină structuri gramaticale care să sugereze răspunsuri de

tipul „Da/Nu" : *„Ai probleme în viața de familie ?"*, *„Ești mulțumit de activitatea ta profesională ?"* etc.

Obiectivul unui interviu aprofundat, așa cum este interviul clinic, este acela de a conduce persoana intervievată să vorbească despre experiențele sale, despre sentimentele și credințele sale etc. În loc să încurajeze respondentul să vorbească, *întrebările cu răspunsuri dihotomice* îi procură acestuia o dilemă : trebuie să răspundă prin „Da" sau „Nu", ori intervievatorul așteaptă de la el răspunsuri detaliate. De foarte multe ori, clinicienii care au dificultăți în a-i provoca pe clienți să vorbească utilizează întrebări cu structură dihotomică.

Ilustrăm efectele unor astfel de întrebări asupra desfășurării interviului cu un exemplu, deja „clasic", al unei convorbiri între un părinte și copilul său, adolescent, care vine târziu acasă :

„ – Știi că este târziu ?
– Da.
– Ai avut o seară plăcută ?
– Da.
– Ai fost la un film ?
– Da.
– A fost un film bun ?
– Da.
– A meritat să-l vezi ?
– Da, a meritat...
– Am auzit multe despre el. Ce crezi, ar trebui să-l văd și eu ?
– Nu știu. Poate.
– Ai vrea să-mi spui și altceva despre seara asta ?
– Nu, cam asta-i totul."

(*Adolescentul intră în camera lui. Unul dintre părinți se întoarce către celălalt și-i spune :* „Sunt sigur că-i vine greu să vorbească cu noi. Am senzația că este la vârsta la care copiii nu vor, pur și simplu, să spună nimic părinților lor").

(Adaptare după M.Q. Patton, 1990.)

Dacă, într-o situație cotidiană, răspundem mai mult decât suntem întrebați și tratăm întrebările cu structură dihotomică la fel ca și pe cele deschise, într-un interviu psihologic, desfășurat într-o situație formală, pe măsură ce avansăm în universul interior al respondentului, acesta va avea tendința de a recepta întrebările într-o manieră literală. Și, cu cât intervievatorul va primi răspunsuri dihotomice la întrebări generale, cu atât va avea tendința să pună întrebări mai specifice cu structură dihotomică, împingând astfel interviul până la un punct în care comunicarea este practic blocată.

Deseori, intervievatorul dorește să orienteze conversația într-o anumită direcție. În acest caz, deși întrebările păstrează o formă deschisă, ele vehiculează unele presupoziții care-l provoacă pe intervievat să abordeze teme pe care le-ar putea ocoli inconștient sau nu. Prezentând meta-modelul pentru limbaj propus de programarea neurolingvistică am analizat deja problema presupozițiilor. Însă, în timp ce acolo am evidențiat procedee de „developare" a presupozițiilor vehiculate de mesajele interlocutorilor, acum vom sublinia

câteva din resursele întrebărilor care conțin presupoziții atunci când acestea sunt utilizate într-un interviu calitativ, clinic. Într-adevăr, conștientizând efectele structurilor lingvistice care conțin presupoziții, un clinician priceput poate utiliza presupozițiile pentru a spori bogăția și profunzimea răspunsurilor și datelor obținute.

În general, presupozițiile se referă la o realitate în absența căreia un enunț nu ar avea sens (Bandler și Grinder). Presupozițiile sunt în mod deosebit utile în situația de interviu, deoarece intervievatorul presupune că respondentul are ceva anume de spus. Astfel, o presupoziție crește probabilitatea ca persoana *intervievată să aibă, într-adevăr, ceva de spus. Să luăm, de pildă, următoarea întrebare : „Ce conflicte importante s-au manifestat, în ultima vreme, în cadrul familiei dumneavoastră ?"*. Această întrebare presupune că respondentul a trăit anumite conflicte importante în cadrul familiei. Desigur, persoana intervievată are și opțiunea de a răspunde că nu a trăit nici un conflict important în familie ; totuși, probabilitatea ca ea să ne raporteze direct anumite conflicte intrafamiliale este mult mai mare decât dacă ar fi fost mai întâi confruntată cu întrebarea : *„În ultima vreme, s-au manifestat conflicte importante în familia dumneavoastră ?"*.

Deseori, în cadrul interviului terapeutic practicat cu pacienții mei utilizez următoarea întrebare : *„Ce anume ați învățat din problemele cu care v-ați confruntat ?"*. Evit astfel întrebarea cu structură dihotomică : *„Ați învățat ceva din problemele cu care v-ați confruntat ?"*. Dacă prima întrebare vehiculează ideea că este *normal* să învățăm ceva din situațiile problematice pe care le traversăm și focalizează atenția subiectului asupra aspectelor pozitive ale experiențelor sale, a doua întrebare pune respondentul în fața unei decizii.

Atunci când interviul abordează probleme delicate, utilizarea presupozițiilor este cu atât mai utilă, deoarece realitatea vehiculată de presupoziții este considerată firească, normală. Comparați următoarele întrebări :

„Ai ascuns vreodată adevărul părinților tăi ?"
„În ce împrejurări ai ascuns adevărul părinților tăi ?"
„Până în prezent ai avut vreo experiență sexuală ?"
„Ce poți să-mi spui despre experiențele sexuale pe care le-ai avut ?"

Adevăratul obiectiv al interviului clinic aprofundat este acela de a descoperi ce anume are de spus cineva despre o temă, problemă etc. Presupunând că persoana intervievată are, într-adevăr, ceva de spus, calitatea descrierilor primite poate fi crescută. Există și riscul utilizării excesive sau eronate a întrebărilor care conțin presupoziții. Sunt frecvente situațiile în care este mai bine să verificăm relevanța unei întrebări printr-o formulare dihotomică (*„Aveți copii ?"*) înainte de a continua printr-o întrebare deschisă (*„Ce puteți să-mi spuneți despre relațiile dintre dumneavoastră și copiii dumneavoastră ?"*).

b) Întrebările trebuie să conțină o singură idee. „Nu poți ochi două ținte cu o singură săgeată" (proverb din înțelepciunea sufitică).

O regulă de bază a chestionarelor și interviurilor este aceea că orice întrebare trebuie să fie singulară, adică să conțină o singură idee sau să pună sub semnul întrebării un singur aspect al realității. Să luăm, de exemplu, întrebarea : *„Cât de mult îți plac și îți cunoști colegii ?"*. Această întrebare conține, de fapt, două întrebări : *„Cât de mult îți plac colegii ?"* și *„Cât de bine îți cunoști colegii ?"*. Întrebările multiple creează respondentului tensiune și confuzie, deoarece persoana intervievată nu știe cu adevărat ce i se cere.

Utilizarea întrebărilor multiple conduce intervievatorul în situaţia de a pierde controlul situaţiei de interviu. Într-adevăr, furnizându-i respondentului mai mulţi stimuli în acelaşi timp, el devine liber să aleagă orice direcţie/temă la care să răspundă, inclusiv să furnizeze informaţii nerelevante pentru problema aflată în discuţie. Pentru a utiliza, în mod eficient, timpul alocat interviului şi pentru a obţine răspunsuri relevante, intervievatorul trebuie să ştie deja care sunt aspectele importante ale temei care face obiectul interviului şi să adreseze întrebările astfel încât persoana intervievată să poată identifica, foarte clar, ce anume i se cere.

c) Claritatea întrebărilor. Una dintre responsabilităţile celui care adresează întrebări este aceea de a face acest lucru cât mai clar posibil pentru respondent. A adresa întrebări clare, uşor de înţeles, este un element important al procesului de stabilire a unui bun raport cu persoana intervievată. Întrebările neclare îl pot face pe respondent să se simtă neconfortabil, ignorant, confuz sau chiar ostil. Pentru a fi clară, în afara faptului de a conţine o singură idee – aşa cum am discutat deja – o întrebare trebuie să îndeplinească şi alte condiţii. Între acestea, o importanţă deosebită trebuie acordată cuvintelor utilizate în formularea întrebărilor. Pentru a creşte claritatea acestora, se recomandă utilizarea limbajului care este uşor de înţeles şi care face apel la cadrele de referinţă utilizate de respondenţi pentru a se raporta la situaţiile, problemele sau temele abordate. Utilizarea unui limbaj tehnic, specializat – deşi clar şi corect din punctul de vedere al intervievatorului – poate fi incomprehensibil pentru respondent şi-i poate induce acestuia, după cum spuneam, confuzie şi anxietate. Dacă nu suntem atenţi la impactul pe care îl au unele cuvinte asupra oamenilor putem fie să primim răspunsuri confuze, fie să nu primim nici un răspuns. Una dintre poveştile orientale prezentate în continuare ilustrează foarte bine ideea de mai sus:

„Un bărbat s-a scufundat într-o mlaştină. Doar capul i se mai vedea din mocirlă. Disperat striga cu ultimele puteri după ajutor. Curând a apărut o mulţime de oameni la locul accidentului. Cineva a decis să-l ajute pe bietul om. «Dă-mi mâna», i-a strigat acesta de mai multe ori. Dar răspunsul era doar un strigăt desnădăjduit după ajutor. Atunci s-a apropiat altcineva de cel aflat în pericol şi l-a întrebat: «Prietene, care este profesia ta?». «Sunt inspector fiscal, strâng taxe şi impozite» – răspunse acesta. «În acest caz, spuse salvatorul, ia-mi, te rog, mâna!», iar omul i-a prins mâna cu putere, ieşind din mlaştină. Niciodată nu trebuie să ceri ceva unei persoane care strânge taxe şi impozite!"

O întrebare aparent clară, foarte scurtă şi alcătuită din cuvinte simple, dar care formulează o cerinţă ambiguă, inducând – prin aceasta – confuzie respondentului este întrebarea *„De ce?"*. Această întrebare vehiculează presupoziţia existenţei unor relaţii cauzale, precum şi a posibilităţii cunoaşterii acestora. Ea depăşeşte realitatea trăită de cel intervievat (fapte, sentimente, opinii, cunoştinţe), solicitând inferenţe analitice şi deductive. Dificultatea realizării unor inferenţe cauzale reprezintă un subiect frecvent întâlnit în filosofia ştiinţelor; întrebarea „De ce?" are un caracter regresiv care ne conduce – alături de mulţi filosofi – să ne interogăm, în cele din urmă, asupra „cauzei prime" a lumii în care trăim. Dificultatea şi limitele în utilizarea, în cadrul interviului clinic,

a întrebării „De ce?" sunt uşor evidenţiate de dialogul tipic desfăşurat între copiii aflaţi la vârsta lui „De ce?" şi părinţii lor:

„ – Tăticule, de ce noaptea este întuneric?
– Pentru că partea Pământului pe care ne aflăm se roteşte în direcţia opusă Soarelui.
– Tăticule, de ce partea pe care ne aflăm se roteşte în direcţia opusă Soarelui?
– Pentru că aşa a fost făcută lumea.
– Tată, de ce lumea a fost făcută aşa?
– Pentru că astfel există lumină şi întuneric.
– Tăticule, de ce trebuie să fie şi întuneric? De ce nu poate fi doar lumină tot timpul?
– Pentru că atunci ar fi foarte cald.
– De ce ar fi foarte cald?
– Pentru că Soarele şi-ar trimite razele asupra noastră tot timpul.
– De ce Soarele nu poate fi mai rece uneori?
– Este, de aceea există noaptea.
– Dar de ce nu putem avea pur şi simplu un Soare mai rece?
– Pentru că aşa a fost făcută lumea.
– De ce a fost făcută lumea aşa?
– Ea este ce este. De aceea.
– De ce de aceea?
– Pur şi simplu de aceea.
– Tăticule?
– Da.
– De ce nu ştii de ce se face întuneric?"

(Adaptare după M.Q. Patton, 1990.)

Întrebarea *„De ce?"* antrenează explicaţii cauzale, justificări. Determinismul comportamentului uman este deosebit de complex şi, de aceea, orice explicaţie cauzală este parţială şi poate intra în dezacord cu credinţele interlocutorului despre comportamentul în discuţie. Adresându-i cuiva, în cursul unui interviu, întrebarea „De ce?" am putea induce ideea că răspunsul anterior a fost oarecum inadecvat. „De ce ai făcut (gândit, simţit) cutare...?" poate sugera îndoiala în legătură cu felul în care cineva şi-a justificat acţiunile sau sentimentele. Deoarece comportamentele cuiva sunt determinate de imaginea sa despre lume şi despre el însuşi, este mult mai util să punem întrebarea „Cum...?", dacă vrem să înţelegem de ce acesta s-a comportat într-un anume fel. Astfel, intervievatorul transmite respondentului mai curînd interesul său în legătură cu perspectiva sa asupra temei discutate decât grija pentru validitatea, corectitudinea acesteia.

6.4. Întrebări care asigură neutralitatea intervievatorului

Cei mai mulţi clinicieni începători trăiesc următoarea dilemă : pe de o parte, ei trebuie să stabilească un bun climat de încredere şi înţelegere în timp ce conversează cu clienţii lor, pe de altă parte, trebuie să-şi păstreze neutralitatea în raport cu ceea ce spun aceştia din urmă. A fi neutru înseamnă ca, indiferent de ceea ce-mi spune persoana pe care o intervievez, eu să nu fiu surprins (plăcut sau neplăcut), speriat, plictisit, iritat etc. În acelaşi timp, trebuie să am grijă ca persoana cu care discut să continue să dorească să-mi împărtăşească ceea ce are de spus. În timp ce raportul psihologic desemnează poziţia sau atitudinea noastră faţă de persoana intervievată, neutralitatea exprimă poziţia faţă de ceea ce ne spune persoana respectivă. Un bun raport psihologic are la bază respectul pentru persoana intervievată, faptul că experienţele, cunoştinţele, atitudinile şi sentimentele sale sunt importante pentru mine ca intervievator şi că eu nu o voi judeca după conţinutul acestora. În termenii concepţiei rogersiene, raportul are la bază capacitatea clinicianului de a returna clientului său o imagine pozitivă necondiţionată, abilitatea sa de a transmite empatic şi de a înţelege fără a avea o atitudine evaluativă.

Calităţile întrebărilor unui bun interviu, aşa cum au fost ele deja prezentate, precum şi abilitatea intervievatorului de a se sincroniza cu respondentul asigură un bun raport psihologic. În continuare vom prezenta câteva modalităţi de formulare a întrebărilor al căror scop principal este acela de a transmite sentimentul neutralităţii.

a) Utilizarea unor exemple ilustrative. Includerea unor exemple ilustrative în formularea unor întrebări sugerează respondentului că intervievatorul este pregătit să audă aproape orice, şi bune, şi rele. Intervievatorul începe prin a enumera o *paletă largă de răspunsuri* posibile şi încheie printr-o întrebare deschisă, în care invită persoana să vorbească despre ea. Patton (1990) ne oferă un exemplu extras dintr-un interviu realizat cu delincvenţi tineri plasaţi în grija unor asistenţi maternali :

„Acum aş dori să te întreb cum ai fost tratat în grupul familial de către părinţi. Unii copii ne-au spus că s-au simţit trataţi ca şi cum ar face parte din familie ; alţii ne-au spus că au fost bătuţi de părinţi ; alţii ne-au vorbit despre unele probleme sexuale pe care le-au avut ; alţii ne-au spus despre o mulţime de activităţi recreative şi hobby-uri ; alţii ne-au spus că au fost trataţi foarte bine, iar alţii că au fost trataţi foarte rău. Dar tu, tu cum ai fost tratat în cadrul grupului familial ? ”

Alteori întrebarea poate conţine doar *exemple de răspunsuri extreme*. În ambele situaţii, intervievatorul comunică respondentului ideea că este deschis pentru orice răspuns ; exemplele furnizate „normalizează” anticipat răspunsul persoanei intervievate în sensul că, indiferent ce răspunde, ea se înscrie oricum în grupul din care face parte ; nimic nu poate fi deosebit, senzaţional, în răspunsul persoanei pentru a antrena o atitudine particulară din partea intervievatorului !

Riscul acestui tip de întrebări este acela de a se transforma în întrebări sugestive. Atunci când întrebarea oferă unul sau mai multe exemple, iar intervievatorul îşi exprimă implicit preferinţa pentru unul anume, răspunsul subiecţilor poate fi orientat în direcţia sugerată.

Este important ca, în alegerea exemplelor, să avem grijă să acoperim, într-o manieră echilibrată, mai multe dimensiuni cu exemple pozitive şi negative. Personal, consider că acest tip de întrebări trebuie utilizat cu prudenţă şi doar după ce întrebările deschise, al căror răspuns nu a fost influenţat de nici o constrângere sau exemplu, nu au condus la informaţii valide.

b) Întrebări care invită la simulare sau joc de rol. Uneori, este util să furnizăm respondentului un context care să-l ajute să răspundă la întrebări. Un astfel de context poate fi furnizat de invitaţia lansată respondentului de a juca un rol, cerându-i, de pildă, să răspundă intervievatorului ca şi când acesta ar fi altcineva decât cine este în realitate :

„Să presupunem că aş fi un nou venit în grupul tău de prieteni şi că nu ştiu nimic despre ceea ce se întâmplă între voi. Ce mi-ai spune despre regulile pe care ar trebui să le respect ? ”.

Această întrebare creează un context pentru ceea ce, altfel, ar putea fi o întrebare dificilă : *„Care sunt regulile care guvernează grupul tău de prieteni ?* ”.

O variantă a acestui tip de întrebare este cea în care intervievatorul se disociază de persoana care, în mod ipotetic, ar adresa întrebarea : *„Să presupunem că cel mai bun prieten te-ar întreba ce anume gândeşti când consumi droguri. Ce i-ai răspunde ?* ” Această întrebare are un caracter mai informal decât întrebarea directă *„Ce anume gândeşti când consumi droguri ?* ” şi asigură mai bine neutralitatea intervievatorului, din moment ce acesta nu se mai consideră destinatarul direct al informaţiei solicitate.

Utilizată prea frecvent şi cu o intonaţie inadecvată, acest tip de formulare a întrebărilor poate avea efecte contrare.

Întrebările care invită la simulare furnizează, şi ele, un context, dar într-un mod diferit. Aceste întrebări cer persoanei intervievate să se imagineze într-o anume situaţie de care intervievatorul este interesat :

„Să presupunem că aş fi invizibil şi aş fi prezent într-o după-amiază în familia ta. Ce anume aş auzi şi aş vedea ? ”.

Această întrebare solicită respondentului să devină observator. El simulează anumite situaţii pe care le-a trăit şi, în măsura în care el reuşeşte să retrăiască şi să vizualizeze aceste situaţii, va fi capabil să facă descrieri foarte detaliate ale acestora.

c) Afirmaţii şi anunţuri introductive. Scopul afirmaţiilor introductive este acela de a permite persoanei intervievate să cunoască obiectivul întrebărilor la care urmează să răspundă, înainte ca acestea să-i fie puse. Acestea permit o focalizare a atenţiei asupra temei anunţate, organizarea ideilor în vederea alcătuirii răspunsurilor şi asigură fluenţa interviului care, altfel, ar fi întreruptă de pauze necesare ancorării într-un anumit subiect şi reamintirii informaţiilor solicitate. Există mai multe formulări care pot fi utilizate pentru introducerea unor întrebări specifice.

c_1) Anunţuri de tranziţie – Acestea comunică faptul că discutarea unei teme a interviului s-a încheiat şi că urmează o altă temă :

„Am discutat până acum despre obiectivele tale profesionale. Acum aş dori să-ţi pun câteva întrebări despre resursele de care dispui pentru atingerea lor. Prin urmare, care sunt principalele resurse pe care le ai în vedere pentru atingerea obiectivelor tale ? ”.

O variantă a acestui tip de întrebare o constituie *formularea rezumativă tranzitivă*. Întrebarea propriu-zisă este prefaţată de un scurt rezumat realizat de intervievator. Acest

rezumat, pe de o parte, îl informează pe respondent că o etapă a interviului s-a încheiat, iar, pe de altă parte, intervievatorul obţine un feedback din partea acestuia, înainte de a trece la etapa următoare a interviului. Un bun rezumat induce respondentului sentimentul că a fost bine ascultat şi corect înţeles ; în plus, acesta are ocazia să facă unele corijări, clarificări sau adăugiri.

*„Înainte de a trece la o altă temă a interviului, aş dori să fiu sigur că am înţeles bine **tot** ce mi-ai spus despre obiectivele tale profesionale. Prin urmare, mi-ai spus că ai **trei** obiective principale : primul... al doilea... Înainte să îţi pun câteva întrebări despre resursele de care dispui pentru atingerea lor, aş dori să ştiu dacă mai ai ceva de adăugat la aceste obiective".*

c_2) Anunţul direct – este o afirmaţie simplă, prin care spunem persoanei intervievate ce urmează să o întrebăm. Această formulare creşte fluenţa interviului şi atenuează surpriza pe care ar putea să o creeze o întrebare directă. Comparaţi : *„Cum te-ai schimbat de când ai început programul terapeutic ?"* cu *„Permite-mi acum să te rog să te gândeşti la schimbările pe care le-ai observat la tine de când ai început terapia.* (pauză) *Deci... cum te-ai schimbat de când ai început programul terapeutic ?"*.

Desigur, interviul poate avea ritmuri şi nuanţe diferite – imperativ, direct, conversaţional, informal etc. De aceea, intervievatorul trebuie să aleagă formulările adecvate momentului şi fluenţei interviului. Utilizarea în exces a unui tip de formulare poate influenţa negativ situaţia de interviu.

c_3) Atenţionarea – este o introducere care cuprinde câteva comentarii despre întrebarea care urmează să fie adresată. Aceste comentarii pot să vizeze importanţa întrebării, dificultatea, gradul de deschidere sau orice altă caracteristică a întrebării asupra căreia intervievatorul doreşte să orienteze atenţia respondentului :

„La următoarea întrebare este dificil de răspuns cu certitudine, dar aş dori să meditezi asupra ei. Gândindu-te la felul în care te-ai schimbat în ultimul an, cât de mult a contribuit programul terapeutic la aceste schimbări comparativ cu alte influenţe intervenite în viaţa ta în această perioadă ?"

sau :

„Următoarea întrebare este deosebit de importantă pentru programul terapeutic. Ce schimbări ar trebui să intervină în comportamentul tău în perioada următoare pentru a considera că terapia pe care am început-o este o terapie de succes ?".

Realizarea unor comentarii în legătură cu întrebările adresate permit intervievatorului să se angajeze într-o discuţie cu respondentul fără a comenta totuşi răspunsurile acestuia. Fără contextul conversaţional creat de formulările menţionate mai sus, interviul ar putea lua aspectul unui interogatoriu.

d) Întrebări de urmărire şi aprofundare. Acest tip de întrebare este utilizat pentru aprofundarea răspunsurilor anterioare şi pentru a furniza respondentului indicatori privind nivelul la care dorim să se situeze răspunsul său. Însoţirea pacientului în elaborarea răspunsului şi orientarea acestuia spre niveluri din ce în ce mai profunde ale temei explorate se poate face prin mijloace verbale, paraverbale şi nonverbale.

Întrebările frecvent utilizate pentru aprofundarea răspunsurilor sunt cele ***centrate pe detalii*** : *„cine ?"*, *„ce ?"*, *„unde ?"*, *„când ?*, *„cum ?*.

Alteori, urmărirea pacientului poate avea drept scop doar stimularea lui în sensul de a continua ceea ce a început deja să spună. În acest caz, intervievatorul poate furniza respondentului un feedback pozitiv, dând uşor din cap sau spunând din când în când *„hmm", hmm..."*. Utilizarea în exces a acestui tip de feedback poate avea efecte contrare, deoarece poate transmite ideea *„am înţeles, nu este nevoie să continui !"*.

Stimularea respondentului să aprofundeze tema despre care vorbeşte se poate realiza şi prin formulări de tipul :

„Vrei să-mi spui mai multe despre aceasta ?"
„Este foarte util pentru mine ceea ce mi-ai spus. Poţi să-mi dai mai multe detalii ?"
„Am început să am deja o imagine despre... (ideea implicită este că nu am încă o imagine completă, deci te rog să vorbeşti...)"
„Cred că am început să înţeleg..."

Am arătat deja că există tendinţa ca, atunci când se doreşte ca respondentul să furnizeze informaţii mai detaliate, să se utilizeze întrebarea „De ce?". Iată câteva exemple care ilustrează ce alte întrebări eficiente putem utiliza atunci când dorim informaţii suplimentare de la respondent.

Formulare inadecvată	Formulare eficientă
De ce ai strigat la el ?	1. Spune-mi mai mult despre ceea ce s-a întâmplat. 2. Cum s-a întâmplat de ai ajuns să strigi la el ? 3. Ce anume a condus la această situaţie ?
De ce ai spus asta ?	1. Poţi să-mi spui ce înţelegi prin ceea ce ai spus ? 2. Nu sunt sigur că am înţeles. 3. Cum s-a întâmplat de ai spus ceea ce ai spus ?
De ce nu poţi dormi ?	1. Spune-mi mai multe despre insomnia ta. 2. Poţi să identifici ce anume te împiedică să dormi ? 3. Cum se întâmplă de nu poţi dormi ?

e) Afirmaţii suportive. Un interviu eficient induce participanţilor sentimentul că se realizează o comunicare în ambele sensuri. Interviul clinic diferă de interogatorii sau de stilul investigativ poliţienesc. Un bun intervievator are responsabilitatea de a comunica clar ce informaţie doreşte, de ce informaţia solicitată este importantă şi de a furniza respondentului un feedback despre felul în care interviul evoluează spre atingerea obiectivului dorit.

În paginile anterioare am prezentat diverse tehnici de formulare a unor întrebări adecvate atingerii obiectivului interviului. Structura și conținutul întrebărilor au un anume sens pentru intervievator deoarece el cunoaște scopul interviului. Acest fapt nu este valabil și pentru respondent. Pentru a-i comunica respectul și încrederea noastră și pentru a-i stimula motivația de participare la interviu trebuie să-l informăm despre obiectivul interviului. Această informare are loc la începutul interviului și nu trebuie să fie, în mod necesar, foarte lungă. Când interviul este realizat în cadrul unei cercetări științifice, iar persoana care urmează să fie intervievată este, evident, puțin motivată să participe la cercetare, excesul de explicații ar putea avea efecte contrare. Explicațiile trebuie să fie simple, directe, ușor de înțeles și să vizeze următoarele aspecte:

a) importanța informațiilor pe care i le vom solicita; ,
b) motivele pentru care informațiile sunt importante;
c) dorința intervievatorului de a explica obiectivul interviului din respect pentru intervievat.

Deseori, scopul unor întrebări este explicat pe parcursul interviului prin formulări premergătoare respectivei întrebări, așa cum am văzut deja în paginile anterioare.

Un alt element al acestui proces de menținere a comunicării cu intervievatul este furnizarea unor indicatori privind evoluția interviului. O eroare frecventă în realizarea unui interviu este lipsa unor întăriri/recompense și a unui feedback adecvat. Este foarte important să permitem respondentului să știe, din timp în timp, că obiectivul interviului a fost realizat. Cuvintele de mulțumire, de încurajare sau chiar de laudă, îl vor face pe respondent să simtă că interviul progresează mulțumitor.

„Ați reușit să găsiți cele mai adecvate cuvinte pentru a descrie ce anume ați simțit în situația respectivă..."

sau

„Ne apropiem de jumătatea interviului și cred că foarte multe aspecte importante ale temei pe care o discutăm au fost elucidate...".

Reacțiile intervievatorului trebuie să fie în acord cu comportamentul verbal și nonverbal al respondentului. Când, în mod evident, întrebarea este dificilă și persoana intervievată face eforturi să exprime cât mai corect răspunsul său, putem spune:

„Știu că întrebarea a fost dificilă și apreciez efortul tău de a reflecta asupra ei, deoarece am înțeles foarte bine ceea ce mi-ai spus și te-ai exprimat clar".

Alteori, când respondentul dă răspunsuri superficiale sau parțiale, putem să ne adresăm astfel:

„Nu aș dori să trecem peste această întrebare înainte de a te ruga să meditezi asupra ei puțin mai mult, deoarece simt că, așa cum mi-ai dat deja detalii și clarificări importante răspunzându-mi la alte întrebări, poți și acum să reflectezi mai profund asupra acesteia".

7. Controlul situației de interviu

Timpul este deosebit de prețios atunci când realizăm un interviu. Răspunsurile lungi și stufoase, remarcele irelevante și digresiunile în cursul unui interviu vor reduce cantitatea de timp disponibil pentru analiza unor întrebări și teme importante. Intervievatorul trebuie și poate menține controlul interviului prin:

1. stabilirea unor obiective clare;
2. formularea corectă a întrebărilor pentru a obține răspunsurile pe care le așteaptă;
3. furnizarea unui feedback adecvat, verbal și nonverbal persoanei intervievate.

Atunci când intervievatorul știe ce informație dorește să obțină în urma interviului, el va ști și să deosebească răspunsurile adecvate, în acord cu întrebările puse, de cele inadecvate. Am amintit deja cât de importantă este formularea corectă a întrebărilor și asigurarea unui bun raport psihologic cu respondentul pentru atingerea obiectivelor interviului. Totuși, nu este suficient să formulăm corect o întrebare și nici să planificăm, în detaliu, un interviu. Intervievatorul trebuie să asculte activ, cu atenție, răspunsurile pe care le primește, pentru a fi sigur că interviul progresează în direcția dorită.

Furnizarea unei feedback corespunzător este desosebit de importantă în derularea și menținerea controlului proceselor psihosociale pe care le implică situația de interviu. Clătinarea ușoară a capului, consemnarea răspunsurilor, „hmm"-urile emise din când în când și tăcerile care îndeamnă la elaborare (a rămâne tăcut după ce persoana a încetat să vorbească este un semnal că intervievatorul așteaptă mai mult) sunt semnale că persoana intervievată se află pe drumul cel bun. Primul lucru care trebuie făcut atunci când persoana răspunde altceva decât ceea ce este întrebată este acela de a nu-i mai furniza semnalele pozitive menționate anterior. Dacă respondentul nu reacționează la acest feedback nonverbal, atunci, la prima pauză pe care o face acesta pentru a respira, putem să-l întrerupem cu următoarele intervenții:

„Permite-mi să te întrerup pentru câteva momente. Vreau să fiu sigur că am înțeles bine ceea ce mi-ai spus ceva mai înainte." (Apoi formulăm o întrebare mai țintită asupra temei care ne interesează)

sau

„Permite-mi să te întrerup pentru câteva momente, deoarece unele lucruri despre care vorbești acum doresc să le abordăm ceva mai târziu în interviul nostru. Mai întâi aș dori să știu de la tine..."

Deși multe manuale recomandă să nu întrerupem persoana intervievată în timp ce formulează răspunsurile, dacă facem acest lucru cu sensibilitate și respect pentru ea, asigurăm un climat mai bun de desfășurare a interviului decât dacă am continua să ascultăm expuneri care, evident, nu ne interesează.

8. Înregistrarea datelor

Indiferent ce tip sau stil de interviu utilizăm, în cazul în care răspunsurile persoanelor intervievate nu sunt înregistrate, atunci toată munca intervievatorului poate fi în zadar. Munca ulterioară de analiză, interpretare, evaluare și intervenție are la bază datele și informațiile obținute în cursul interviului.

Înregistrarea pe casete audio. Un casetofon este deja considerat un echipament indispensabil pentru realizarea unei cercetări ce uzează de metode calitative. Utilizat corespunzător, un casetofon nu „bruiază" conversația și nu influențează ceea ce se spune (din cauza unei interpretări conștiente sau inconștiente a prezenței casetofonului). În afară de faptul că sporește calitatea activității de colectare a datelor, folosirea unui casetofon permite intervievatorului să fie mult mai atent la ceea ce spune persoana intervievată. Un intervievator preocupat să noteze fiecare cuvânt va avea dificultăți să răspundă corespunzător nevoilor de relaționare și celorlalte semnale transmise de respondent, iar natura conversațională a interviului ar fi serios perturbată.

Este important ca, atunci când utilizăm un casetofon pentru înregistrarea interviului, să explicăm, într-o manieră adecvată, acest fapt persoanei intervievate:

„Aș dori să înregistrez pe casete audio ceea ce vei spune, astfel încât să nu omit nimic din cele spuse de tine. Dacă aș nota din când în când, aș putea omite lucruri importante sau aș risca să scriu altceva decât ceea ce îmi spui cu adevărat. Deci, dacă nu te deranjează, aș dori să utilizez acest casetofon. Dacă, uneori, în timpul interviului, dorești să nu înregistrăm ceva anume, tot ce ai de făcut este să întrerupi microfonul apăsând pe acest buton."

Totuși, utilizarea microfonului nu elimină total luarea unor notițe. Acestea pot fi utilizate fie ca suport pentru formularea unor noi întrebări, mai ales pentru verificarea a ceea ce s-a spus mai înainte, fie pentru facilitarea unor analize ulterioare, notițele ajutându-ne să identificăm ulterior, pe casetă, momentele cele mai importante ale interviului. În plus, luarea de notițe poate fi un feedback nonverbal, util pentru derularea interviului: notarea semnalează că s-a recepționat o informație importantă.

Transcrierea interviurilor înregistrate audio. Deoarece înregistrarea audio conține exact ceea ce a spus persoana intervievată, este de dorit să se realizeze transcrierea întregului interviu. Din nefericire, transcrierea este o operație costisitoare. Experiența unor centre de cercetare evidențiază că, pentru transcrierea unei înregistrări de o oră sunt necesare patru ore. În ciuda acestui fapt, transcrierea integrală a interviului este recomandată, deoarece ea este deosebit de utilă pentru analizele ulterioare, pentru replicări sau analize independente. Atunci când resursele nu sunt suficiente pentru o transcriere integrală, intervievatorul poate alege o cale de mijloc între utilizarea notițelor și transcrierea doar a pasajelor mai importante ale interviului.

Indiferent ce strategie se alege – transcrierea integrală sau parțială –, este important ca înregistrarea să fie de bună calitate. Este responsabilitatea intervievatorului să asigure toate condițiile tehnice necesare unei bune înregistrări.

Luarea de notițe în timpul interviului. Atunci când, în timpul interviului, se utilizează un casetofon, notele vor cuprinde doar fraze importante, lista ideilor principale produse de respondent, eventual unele expresii și cuvinte tipice, pentru a reține limbajul specific

persoanei intervievate. Deoarece notările trebuie efectuate într-un timp foarte scurt (pentru a nu perturba natura interactivă a interviului), intervievatorii trebuie să dezvolte un sistem de abrevieri pe care să-l poată utiliza ușor. În general, se recomandă următoarele:

- să utilizăm ghilimelele doar pentru a marca exact ceea ce a spus respondentul;
- să se dezvolte un sistem de notare a ideilor și interpretărilor care ne vin în minte în cursul interviului (de pildă punându-le între paranteze, pentru a le deosebi de răspunsurile persoanei intervievate);
- să ținem o evidență a întrebărilor puse și a răspunsurilor primite; astfel, vom ști dacă este cazul să revenim asupra unor întrebări cu ajutorul altora concrete.

Atunci când, din diverse motive, nu înregistrăm interviul pe casete audio, notițele trebuie să devină mai detaliate. În acest caz, este important să notăm, cât de des posibil, utilizând exact cuvintele respondentului. Când acesta a spus ceva foarte important, putem chiar să-l oprim, informându-l că dorim să notăm exact ceea ce a spus.

9. Reflecții etice

Interviurile sunt, de fapt, intervenții. Un bun interviu provoacă deschideri la nivelul gândurilor, sentimentelor, cunoștințelor și experiențelor ambelor persoane aflate în interacțiune – intervievator și intervievat.

După un interviu, respondentul constată că a descoperit mai multe lucruri despre el însuși, despre ce simte, ce gândește în raport cu anumite aspecte ale realității sau cu el însuși, că proiectele și obiectivele lui ar putea deveni mai vizibile etc. Este pregătită o astfel de persoană să integreze, într-o manieră neconflictuală, la nivel conștient, ceea ce a aflat despre el?

Terapeuții știu deja că interviul are efecte terapeutice și că felul în care este condus interviul poate declanșa procese psihologice cu un impact terapeutic important: *insight*, *reframing*, reevaluare, catharsis etc. Totuși, cercetătorul care realizează un interviu calitativ nu este terapeut, iar scopul lui principal este acela de a aduna informații; în ciuda acestui fapt, există tentația de abatere de la obiectivul principal al interviului de cercetare atunci când persoanele intervievate, vorbind despre problemele lor, solicită sfaturi, aprobări, confirmări. Astfel, intervievatorul poate deveni, la rândul lui, intervievat, numărul întrebărilor la care este nevoit să răspundă putând să-l depășească pe cel al întrebărilor puse de el însuși!

Persoanele intervievate ar putea să ne spună mult mai multe lucruri decât intenționam, inițial, să aflăm. Interviurile se pot transforma, astfel, sub protecția confidențialității, în adevărate confesiuni. Este totuși posibil să păstrăm confidențialitatea oricărei informații? Ce se întâmplă dacă unele dintre informațiile aflate în cursul interviului se referă la fapte periculoase, care ar trebui cunoscute de către poliție?

De asemenea, interviul poate avea un impact deosebit și asupra intervievatorului. Acesta ia contact cu realități psihosociale care ar putea să pună sub semnul întrebării propriile valori și principii și ar putea induce trăiri afective intense.

Aceste considerații și-au propus să sublinieze impactul psihosocial pe care îl poate avea situația de interviu – ca situație socială *interactivă* – și, în consecință, necesitatea de a anticipa câteva aspecte etice ale cercetării de tip calitativ.

Punctăm câteva astfel de probleme etice care trebuie avute în vedere în momentul organizării și planificării unei cercetări calitative. O bună parte a acestor probleme au fost deja dezvoltate într-un alt capitol al lucrării. Dacă le amintim aici, o facem pentru a sublinia relevanța lor în raport cu interviul calitativ.

1. *Promisiuni și reciprocitate*. De ce trebuie să participe respondentul la interviu? Nu faceți promisiuni pe care nu le puteți onora (de pildă, nu promiteți o copie a raportului final).
2. *Evaluarea riscului*. În ce fel participarea la interviu implică anumite riscuri (dacă există vreunul)?
   - stres psihologic;
   - implicații legale;
   - reacția persoanelor apropiate, a colegilor etc. la faptul că respondentul a spus ceea ce a spus;
   - repercusiuni politice etc.
3. *Confidențialitate*. Asupra căror informații este rezonabil să păstrăm confidențialitatea, astfel încât promisiunea confidențialității să fie pe deplin onorată?
4. *Consimțământul în deplină cunoștință*. Ce tip de consimțământ informat este necesar pentru o bună protecție reciprocă?
5. *Accesul la date și proprietatea*. Cine va avea acces la date? Cu ce scop? Cine va fi proprietarul datelor?
6. *Sănătatea mentală a intervievatorului*. Cum și în ce fel vor fi afectați intervievatorii de practicarea interviului? Ce anume vor auzi și vedea pentru a ști dacă va fi nevoie de ședințe de *debriefing*?

În finalul acestui paragraf supun atenției cititorului câteva reflecții formulate de M.R. Patton asupra interviului:

> „Întreabă.
> Ascultă și înregistrează.
> Întreabă și înregistrează.
> Este o mare responsabilitate să întrebi.
> Este un privilegiu să asculți.
> ....
> A întreba înseamnă a căuta intrarea în lumea celuilalt. De aceea, întrebați respectuos și cu sinceritate. Nu irosiți întrebările asupra unor lucruri mărunte, valoarea răspunsurilor pe care le primiți reflectă valoarea întrebărilor voastre.
> Binecuvântați sunt cei care se pricep să întrebe, lor li se vor da munți de cuvinte pentru a urca. Binecuvântați sunt cei care pun întrebări înțelepte, lor li se vor deschide căile cunoașterii.
> Binecuvântați sunt cei care știu să asculte, lor li se vor deschide noi perspective" (Patton, 1990, pp. 358-359).

10. Analiza și interpretarea datelor produse cu ajutorul interviului

10.1. Analiza de conținut – definiție, caracteristici, tipuri

Interviul este o situație socială caracterizată printr-o relație particulară a două persoane care aparțin unor universuri psihosociale diferite. Am arătat deja că interviul este un schimb comunicațional structurat și tactic, care implică o serie de aspecte emoționale și afective. Nu este suficient să întrebi pentru a primi un răspuns relevant, iar respondentul știe sau nu știe, poate sau nu poate, vrea sau nu vrea să ne furnizeze informațiile pe care i le cerem. De aceea, a lua informațiile brute, obținute cu ajutorul interviului, drept adevărul simplu și univoc referitor la imaginea pe care individul o are despre lume și despre el însuși este o eroare. Mesajul este transmis concomitent, verbal și nonverbal, într-un anume context, care îi precizează sensul. În plus, după cum se știe, limbajul are multiple capcane și este utilizat deseori pentru a ascunde ceea ce gândește cu adevărat cel care vorbește. Deși există multe metode de analiză a discursului, relațiile – încă insuficient studiate – dintre comportament și exprimarea verbală fac analiza să fie parțială și limitată.

Analiza discursului utilizează concepte care au la bază puncte de vedere diverse: lingvistice, semiologice, psihologice, psihanalitice, sociologice etc. Analiza de conținut depinde de scopurile și obiectivele generale pe care le vizează. Fiecare obiectiv solicită o redefinire a metodei, în funcție de ceea ce se dorește să se demonstreze, să se evidențieze etc. Analiza de conținut a unei convorbiri își propune să sprijine impresiile, intuițiile și raționamentele, realizate în baza unei observării metodice și riguroase a discursului. Efortul pe care îl presupune analiza de conținut este focalizat asupra explicitării și explorării conținutului formal sau latent, pornind de la anumite repere obiective, indici cuantificabili sau nu.

Încă de la apariția ei, în perioada anilor '40, scopul explicit al analizei de conținut a fost acela de a înlocui analiza „literară", impresionistă a textelor cu o metodă care să satisfacă exigențele unei analize *obiective*, cu adevărat științifice.

Cea mai frecvent citată definiție a analizei de conținut este cea a lui Berelson, conform căreia aceasta este „o tehnică de cercetare pentru descrierea obiectivă, sistematică și cantitativă a conținutului manifest al comunicării, având ca scop interpretarea lui".

Analiza este *obiectivă* deoarece ea utilizează reguli și consemne suficient de clare și precise pentru ca analiști diferiți, lucrând asupra aceluiași conținut, să obțină rezultate comparabile. Caracterul *sistematic* al analizei este asigurat de faptul că orice conținut trebuie să fie ordonat și integrat în categoriile de analiză alese, în funcție de scopul urmărit. Nici un element informațional, care are o legătură cu obiectivul analizei, nu trebuie ignorat. În sfârșit, analiza de conținut realizează deseori o descriere cantitativă, utilizând o statistică descriptivă adecvată (sume, medii, frecvențe etc.). Totuși, nu orice analiză de conținut are un caracter cantitativ; s-au dezvoltat o serie de metode calitative care analizează mai degrabă temele abordate, fără să-și propună măsurarea lor.

Pentru a ajunge la structura profundă a experienței pe care o transmite o persoană în cursul unui interviu, pentru a avea o imagine cât mai clară a „hărții" sale interioare,

analiza de conţinut a interviului psihologic are în vedere *selecţia* intenţională a materialului verbal de către respondent şi combinarea originală a cuvintelor de către acesta ; ea îşi propune, de asemenea, să evidenţieze ceea ce este *repetitiv*, ce poate fi *cuantificat* şi ceea ce este *original*, propriu individului.

Deşi există multe metode de analiză de conţinut – unele fiind încă insuficient de bine demarcate de altele, iar clasificarea lor riguroasă fiind dificilă – reţinem clasificarea propusă de L. Bardin (1983) :

1. Analiza tematică îşi propune să evidenţieze reprezentările sociale sau evaluările locutorilor pe baza examinării sistematice a elementelor constitutive ale discursului. În această categorie distingem :

- *analiza categorială* – este cea mai veche şi cea mai frecvent utilizată. Ea constă în calcularea şi compararea frecvenţelor unor caracteristici anume (cel mai adesea temele evocate) grupate, în prealabil, în categorii semnificative. Ea are la bază ipoteza că o caracteristică este cu atât mai frecventă cu cât ea este mai importantă pentru locutor. Demersul este esenţialmente cantitativ.
- *analiza evaluării* – se realizează asupra evaluărilor formulate de locutor. Este calculată frecvenţa diferitelor evaluări, dar şi direcţia (pozitivă sau negativă) şi intensitatea lor.

2. Analiza formală vizează formele şi elementele care asigură derularea discursului. Prezentăm mai jos două tipuri ale acestei analize :

- *analiza exprimării verbale* – se realizează asupra formei comunicării, ale cărei caracteristici (vocabular, lungimea frazelor, ordinea cuvintelor, ezitări...) ne informează despre starea de spirit şi atitudinile locutorului.
- *analiza enunţiativă* – se efectuează asupra discursului, conceput ca un proces a cărui dinamică proprie este ea însăşi importantă pentru obiectivul urmărit. Cercetătorul este atent la datele referitoare la dezvoltarea generală a discursului, ordinea secvenţelor, repetiţii, rupturi ale ritmului etc.

3. Analiza structurală se centrează asupra felului în care se combină diverse elemente ale mesajului, cu scopul de a evidenţia aspectele implicite. Se pot distinge :

- *analiza co-ocurenţelor* – examinează asociaţiile temelor în cadrul secvenţelor comunicării. Faptul că mai multe teme sunt abordate în aceeaşi secvenţă a comunicării ne informează despre structurile mentale şi ideologice sau despre preocupările latente ale locutorului ;
- *analiza structurală propriu-zisă* – este cea al cărei scop constă în evidenţierea principiilor care organizează elementele discursului, indiferent de însuşi conţinutul acestor elemente. Diferitele variante ale analizei structurale încearcă fie să deceleze o ordine ascunsă a funcţionării discursului, fie să elaboreze un model operatoriu abstract, destinat structurării discursului şi facilitării înţelegerii lui.

Vom prezenta, în continuare, câteva metode de analiză de conţinut dintre cele mai frecvent utilizate în analiza datelor produse cu ajutorul interviului, dar şi cu ajutorul altor metode dominant calitative.

10.2. Metode de analiză

10.2.1. *Analiza tematică*

Analiza tematică îşi propune să identifice indicatori care să poată rezuma multiplele sensuri ale mesajelor existente într-un discurs. Ea se doreşte a fi o analiză obiectivă şi se interesează deopotrivă de condiţiile emiterii mesajului, cât şi de recepţia sa – intenţiile locutorului/efectele asupra receptorului (Poussin, 1992). Textul este decupat în unităţi de sens numite *teme*. Trebuie să subliniem că tema nu este o realitate de ordin lingvistic, ci de ordin psihologic. Temele sunt recunoscute de analist ca fiind unităţi de semnificaţie, indiferent de formele discursive sub care ele apar. O grilă de analiză tematică este alcătuită dintr-o listă organizată de teme şi subteme. Grilele de analiză tematică pot fi ori rezultatul aplicării unei teorii la analiza unui document (de pildă grilele de analiză a răspunsurilor la unele teste proiective), ori pot să rezulte din analiza documentului însuşi. În acest din urmă caz sunt parcurse mai multe etape care, în bună parte, sunt comune şi celorlalte metode de analiză de conţinut şi vor fi prezentate în paginile ce urmează.

10.2.2. *Analiza interlocutorie*

Principiul de bază al acestei analize formale poate fi rezumat cu ajutorul a trei reguli :

1. Descrierea „conţinutului" unui enunţ emis în momentul t_1 al schimbului verbal trebuie să se efectueze prin raportare la „conţinutul" enunţurilor care l-au precedat.
2. Pentru a aplica regula precedentă, se începe prin construirea *cuplurilor* de enunţuri.
3. În analiza unor cupluri de enunţuri se are în vedere definirea a ceea ce al doilea element reţine şi schimbă din conţinutul primului element.

Analiza interlocutorie ridică mai multe probleme, între care menţionăm :

- alegerea secvenţelor succesive ale analizei nu este orientată de nici o regulă. Justificarea sa rămâne empirică, la fel ca întreaga analiză tematică ;
- noţiunea de „enunţ" nu este definită. Ea corespunde în linii mari frazei, dar poate fi mai puţin sau mai mult decât o frază ;
- schimbul verbal nu acoperă toate elementele interacţiunii. Răspunsul la un enunţ se poate realiza şi într-o manieră nonverbală. Transcrierea textuală a unui interviu nu va reţine acest răspuns ; A. Trognon consideră că această problemă poate fi rezolvată uşor : nu vom avea, în acest caz, un cuplu de enunţuri, nu vom avea o interpretare şi, prin urmare, nu vom avea nici o eroare ! Părerea noastră este că descrierea lacunară a discursului, care rezultă din utilizarea acestei perspective, reprezintă ea însăşi o sursă de eroare.

Acest tip de analiză adaugă analizei tematice o perspectivă dinamică şi poate fi utilă mai degrabă în analiza interviurilor de grup, decât în cea a interviurilor individuale.

10.2.3. *Analiza lexicală*

Lexicul desemnează ansamblul cuvintelor şi idiomurilor unui autor, unui grup social, unei epoci etc. şi se deosebeşte prin aceasta de dicţionar, care cuprinde ansamblul cuvintelor unei limbi. Lexicometria se ocupă de studiul *itemilor*, adică a unităţilor grafice dintr-un text, separate de două spaţii goale. Analiza itemilor (cuvinte separate) se poate realiza fie ţinând seama de contextul în care ele apar, fie fără raportarea la acest context.

Lexicometria distinge *itemii* de *forme*. De pildă, forma „eu" - pronume personal, persoana I, singular - poate apărea de cincizeci de ori într-un text; în acest caz vom avea o singură formă - „eu" - şi cincizeci de „itemi" ai acestei forme.

În cazul *lexicometriei realizate fără raportarea la context*, fiecare formă poate conduce la un calcul de distribuţie a frecvenţelor (proporţia unei forme în ansamblul tuturor formelor din discurs sau proporţia itemilor unei forme în ansamblul itemilor).

Uneori se face deosebirea între formele „funcţionale" şi cele „lexicale". Formele funcţionale sunt cuvinte - instrumente gramaticale (cuvinte de legătură). Pornind de la acestea, se pot calcula:

- coeficientul general de repetiţie: nr. de itemi/nr. de forme;
- coeficientul de repetiţie funcţională: nr. de itemi funcţionali/nr. de forme funcţionale;
- coeficientul de repetiţie lexicală: nr. de itemi lexicali/nr. de forme lexicale.

În cazul în care se compară discursurile diferiţilor emiţători între ei, se pot compara coeficienţii menţionaţi, dar este util să definim ceea ce se numeşte, de obicei, *vocabularul banal*, adică lista formelor lexicale comune tuturor locutorilor. După delimitarea acestuia, fiecare locutor va putea fi caracterizat prin mărimea vocabularului specific ori prin ceea ce are comun doar cu unii locutori. Astfel, pot fi identificaţi, în cadrul unui grup, emiţătorii cei mai originali. Acest calcul relativ simplu este util doar în măsura în care este utilizat pentru descoperirea celor mai semnificative forme dintr-un discurs. Se poate calcula, în acest fel, pornind de la frecvenţa unei forme date, o *frecvenţă relativă* a acestei forme în ansamblul discursului (adică probabilitatea sa de apariţie).

Alte calcule permit identificarea formelor cu valori *specifice* pentru anumite grupuri sau indivizi. În sfârşit, prin utilizarea analizei factoriale a corespondenţelor, se poate obţine o imagine *simultană* a specificităţii formelor utilizate de diverşi emiţători individuali sau grupuri de emiţători.

Lexicometria uzează şi de o serie de indicatori care au ca principal obiectiv *evidenţierea contextului* în care apar diverse forme lexicale. Pornind de la analiza precedentă, se poate alege o formă lexicală ca *pol de analiză*. În acest caz ne vor interesa co-ocurenţele, adică frecvenţa de asociaţie a polului de analiză cu alte forme în cadrul unei propoziţii, fraze sau paragraf. Se numeşte *cofrecvenţă observată* numărul de apariţii ale unei forme lexicale în vecinătatea unui pol de analiză. Dar co-ocurenţa nu are aceeaşi importanţă dacă forma se găseşte la distanţă sau foarte aproape de pol. Dacă se dă o valoare anume fiecărui item, în funcţie de depărtarea sa de pol (de exemplu, 1 punct pentru vecinătatea imediată, 1/2 punct pentru distanţa imediat următoare - între pol şi itemul analizat se găseşte doar un cuvânt etc.), atunci se poate calcula un *indice de proximitate*. După mai multe reajustări se poate calcula o *cofrecvenţă teoretică*, care este produsul dintre numărul de itemi pentru fiecare formă şi frecvenţa relativă a formei în cadrul discursului. Raportând cofrecvenţele teoretice la cele observate, rezultă trei situaţii:

- cofrecvenţa observată = cofrecvenţa teoretică; în acest caz avem o vecinătate normală;
- cofrecvenţa observată < cofrecvenţa teoretică; polul *respinge* această formă din vecinătatea sa;
- cofrecvenţa observată > cofrecvenţa teoretică; polul *atrage* această formă (ea este numită, în acest caz, formă co-ocurentă).

10.2.4. *Analiza propoziţională a discursului*

În analiza propoziţională a discursului (APD), unitatea de analiză este propoziţia înţeleasă din punct de vedere gramatical, adică orice segment de text care are un subiect şi un predicat. Se face o distincţie între propoziţiile principale, tranzitive (SPC) sau intranzitive (SV - de pildă: „eu călătoresc") şi propoziţiile subordonate. După ce textul a fost decupat în propoziţii, se procedează la *modalizare*, adică la extragerea tuturor cuvintelor „instrumente", care nu modifică sensul frazei, dar pot avea o mare importanţă argumentativă (de tipul: „evident", „desigur" etc.).

Se procedează apoi la determinarea „referenţilor nodali" sau „centrali". Aceştia sunt referenţii în jurul cărora se articulează discursul: ce şi despre cine se vorbeşte. Din punct de vedere gramatical, ei pot avea funcţia sintactică de subiect sau complement. Pentru a limita numărul referenţilor nodali (în jurul a 15 pentru fiecare emiţător), se pot constitui clase de echivalenţă. Astfel, două lexeme aparţin aceluiaşi referent nodal cu condiţia să poată fi utilizate unul în locul celuilalt, fără a modifica sensul frazei (de pildă: raport, relaţie, contact, întâlnire etc.).

Referenţii nodali cei mai întâlniţi sunt:

- pronumele personale sau termenii care desemnează subiectul: eu, părerea mea etc.;
- termeni cu care sunt desemnaţi ceilalţi într-o manieră neutră: ei, oamenii, ceilalţi, mulţimea etc.;
- un anume tip sau o categorie de persoane indicată în mod particular: categoria prietenilor sau, dimpotrivă, cea a duşmanilor, persoanele familiare/persoanele străine etc.

Cunoaşterea acestor referenţi nodali frecvent utilizaţi facilitează analiza deoarece, deseori, ei acoperă între 60 şi 80% din totalitatea referenţilor nodali ai discursului.

Alegerea referenţilor nodali se poate face *a priori* sau *a posteriori*, pe o bază statistică. În acest ultim caz se consideră că referenţii atestaţi în text cu o frecvenţă mai ridicată decât alţii au statutul de referenţi nodali.

După terminarea acestei etape se poate trece la codificarea propoziţiilor. Fiecare propoziţie are trei elemente sau chiar mai multe. Există, astfel, propoziţii: RN / V / RN - unde RN = referent nodal, V = verb; al doilea RN poate avea rolul de complement.

Se poate întâmpla ca o sintagmă care nu a fost reperată ca RN să ocupe rolul de complement. Dacă notăm această sintagmă cu Y, atunci pot apărea următoarele structuri: RN / V / RN / Y sau RN / V / Y.

În cursul analizei RN primeşte un număr de cod, iar verbele sunt, şi ele, repartizate în trei categorii, codificate astfel:

S → verbe statice care indică starea sau posesiunea (*a fi* şi *a avea* – când nu sunt utilizate ca verbe auxiliare, dar şi *a suporta*, *a iubi*) etc.;
A → verbe de acţiune (*a face*, *a merge*, *a se interesa* etc.);
D → verbe declarative (*a spune*, *a anunţa*, *a exprima*, *a propune* etc.).

Nu este întotdeauna uşor de repartizat un verb într-o anume categorie. Pentru a uşura identificarea categoriei în care poate fi inclus un verb, se poate utiliza o transformare (exemplu: *a iubi*, în anumite cazuri, înseamnă „a avea" un sentiment pentru cineva, deci poate primi codul „S"). Polaritatea, pozitivă sau negativă, se poate nota cu „p" sau „n" şi punerea în relaţie cu ceva anume cu „r". Această formă de codificare se numeşte „model argumentativ" (Poussin, 1992).

10.2.5. *Analiza structurală*

Dacă suntem de acord cu R. Barthes (1966), care spune că „nimeni nu poate produce un text fără să se refere la un sistem implicit de unităţi şi reguli", atunci o bună înţelegere trebuie să se bazeze pe degajarea structurii acestuia.

În continuare vom prezenta, pe scurt, principiile de bază ale analizei structurale, precum şi câteva consideraţii referitoare la cele două nivele de analiză menţionate (Ruquoy, 1990).

Structura este o combinaţie de elemente. Singur, un element este lipsit de semnificaţie. La nivelul elementar, structura presupune existenţa a cel puţin două elemente care se află într-o relaţie. De pildă, noţiunea de „bine" nu este un element pertinent în cursul analizei decât dacă noţiunea de „rău" este şi ea prezentă. Cei doi termeni îşi fundamentează sensul pe opoziţia *bine/rău*.

Un termen se constituie, deci, pe baza unei relaţii de disjuncţie cu alt termen care este inversul său, cu condiţia ca cei doi termeni să fie elemente ale aceluiaşi ansamblu. Pentru ca doi termeni să poată fi comparaţi şi apoi diferenţiaţi, ei trebuie să se situeze pe aceeaşi axă. Opoziţia *bărbat/femeie* postulează un punct de vedere comun – sexul fiinţei umane. Numitorul comun a doi termeni se numeşte „axă semantică". Afirmăm existenţa unei opoziţii din momentul în care ea este definită prin cel puţin două proprietăţi distincte, atribuite respectiv fiecăruia din cei doi termeni ai codului. Relaţia astfel definită este numită „cod disjunctiv".

Dacă identificăm un element „A" în cursul citirii textului, inversul său poate fi descoperit oriunde în text şi poate lua orice formă lingvistică: cuvinte/secvenţe de cuvinte, verbe, substantive, adjective etc. Identificarea codurilor (axelor semantice) este rezultatul unei analize inductive, fără nici un aport teoretic exterior textului. Dacă cineva afirmă că s-a născut într-un sat, acest element nu va fi reţinut pentru analiză decât dacă va intra într-un sistem de opoziţie, adică dacă locutorul opune acest aspect al identităţii sale altuia de acelaşi ordin, respectiv faptului de a se fi născut la oraş. Astfel, în cazul în care el afirmă că, spre deosebire de cei născuţi la oraş, care au puţine relaţii cu vecinii şi unde cenzurile morale funcţionează mai slab, cei născuţi la ţară au tendinţa de a stabili relaţii mai apropiate cu vecinii şi sunt mult mai atenţi la părerile celor din jur – atunci putem identifica „codul disjunctiv" (axa semantică) *rural/urban*.

Termenul unui cod poate fi expresia condensată a unor formulări multiple întâlnite în text. Pe parcursul analizei există tendinţa de a trece de la o pluralitate de coduri la un număr mai mic de coduri, cu un nivel de abstractizare mai mare.

Analiza structurală se poate realiza la două niveluri: primul nivel studiază codurile care organizează, în conştiinţa locutorului, percepţia realului; al doilea constă în adoptarea unei perspective dinamice asupra discursului organizat în jurul unei structuri fundamentale.

1. Primul nivel într-o analiză structurală *îl constituie identificarea codurilor şi a relaţiilor dintre acestea*. În această fază nu este obligatoriu să se lucreze asupra întregului text (Ruquoy, 1990), se lucrează asupra unui fragment, pornind de la ipoteza că şi în restul textului operează aceeaşi structură a codurilor. Abia după ce s-au *identificat codurile* în primul fragment ales, se trece la un nou fragment pentru a verifica structura descoperită. Se realizează, astfel, o completare a structurii iniţiale, în mod succesiv, până când informaţiile din text nu mai pot oferi nimic nou pentru completarea sau modificarea codurilor.

Următoarea operaţie este reprezentată de *clasificarea codurilor*.

O primă categorie de coduri sunt *codurile de calificare*. La prima vedere, funcţionarea discursului constă în a afirma existenţa unor entităţi (personaje, obiecte, locuri etc.) şi apoi în a atribui unele calităţi acestor entităţi. Adevărul este că actorii sunt creaţi treptat, pe măsură ce li se atribuie anumite calificative. Acelaşi lucru se întâmplă şi într-un roman, unde, iniţial, numele eroului este o etichetă goală şi, pe parcurs, descoperim adevăratul personaj ce se ascunde în spatele etichetei, pe măsură ce i se atribuie o serie de calităţi şi acţiuni.

Există mai multe registre de calificare (etic, economic, psihologic, afectiv, raţional, practic etc.), iar descoperirea acestora ne permite o mai bună sesizare a jocului de semnificaţii şi asociaţii din cadrul textului.

Codurile timpului se întâlnesc şi ele frecvent. Analistul se poate întreba care sunt timpurile la care se referă locutorul, care sunt cele mai valorizate, dacă timpul este perceput într-o manieră statică sau dinamică, ciclică sau liniară, dacă timpul este trăit prin raportarea la istoria individuală, cea socială sau mitică.

În aceeaşi măsură ne putem întreba şi în ceea ce priveşte *codurile spaţiului* (spaţiu *închis/deschis*, *localizat/universal* etc.).

O importanţă deosebită o au codurile actanţiale şi acţionale, care se referă la *actori şi acţiuni*. Pe de o parte, se identifică „actanţii", cei care acţionează, adică orice realitate – lucru sau fiinţă – căreia i se atribuie o acţiune sau care este obiectul unei acţiuni şi, pe de altă parte, acţiunile. În cadrul acestor trei categorii din urmă, codurile îşi dezvăluie proprietăţile definite cu ajutorul codurilor de calificare.

După identificarea codurilor şi clasificarea lor urmează o altă operaţie, prin care analistul îşi propune să plaseze codurile în anumite structuri. Structura nu este o simplă juxtapunere de coduri clasate în categorii, ea este o compoziţie de coduri susceptibile de combinări diverse. Analiza are în vedere trei moduri de articulare a codurilor:

a) relaţii de echivalenţă;
b) sistem încrucişat;
c) sistem ierarhizat.

Două sau mai multe coduri sunt în *relaţii de echivalenţă* dacă sunt calificate în acelaşi fel. Acestea sunt numite *coduri paralele*. Într-un studiu asupra analizei structurale şi simbolicii sociale, J. Remy (1990) descoperă, într-un text scris de Danneels, următoarele coduri echivalente: „codul etic – *„dragoste posesivă/dragoste-jertfă”*, codul actanţial – *„Om/D-zeu”*, codul temporal – *„vârstă tânără/vârstă adultă”* şi codul spaţial – *„superficial/profund”*.

Două coduri se pot combina pentru a constitui un sistem. Acestea sunt *codurile încrucişate*. Acest mod de combinare defineşte patru realităţi, dintre care două sunt învestite într-o manieră ambivalentă (ele integrează un termen pozitiv şi un termen negativ al celor două coduri), a treia este total pozitivă şi a patra total negativă. O astfel de configuraţie poate permite locutorului să pună accent pe cadranul al 3-lea (realitatea total pozitivă), care devine, astfel, nucleul discursului său. (Vezi figura nr. 1.)

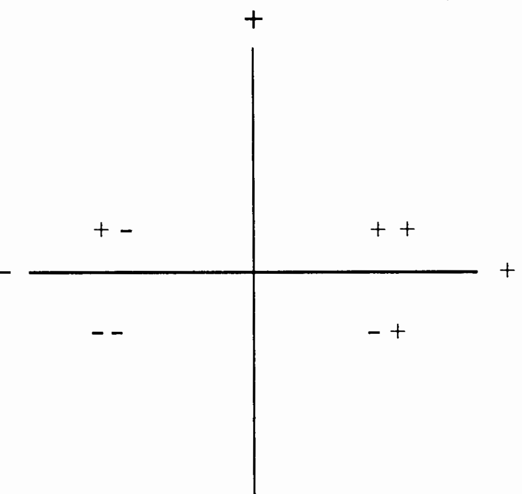


Figura nr. 1 – Codurile încrucişate (*cf.* J. Remy, 1990).

Codurile se pot combina astfel încât să conducă la un *model ierarhizat*. Termenul A al unui cod A/B se poate prezenta nu ca o realitate unică, ci ca fiind constituit din două părţi – A_1/A_2. Modul de exprimare al locutorului ne poate face să ne gândim la o configuraţie ternară (A_1, A_2, B), dar analiza poate evidenţia că avem, la un prim nivel, un cod, şi, la al doilea nivel, un alt cod, care are ca univers propriu unul dintre termenii primului cod.

În exemplul următor prezentăm un sistem ierarhic degajat din analiza textului lui Danneels (Remy, 1990). (Vezi figura nr. 2.)

După descrierea structurii şi modului de funcţionare a discursului se ajunge la înţelegerea logicii acestuia, fapt ce poate fi concretizat în: parafrazarea textului, enunţarea doar a aspectelor implicite ale textului, imaginarea unui contradiscurs sau realizarea de predicţii privitoare la discursul locutorului în alte circumstanţe.

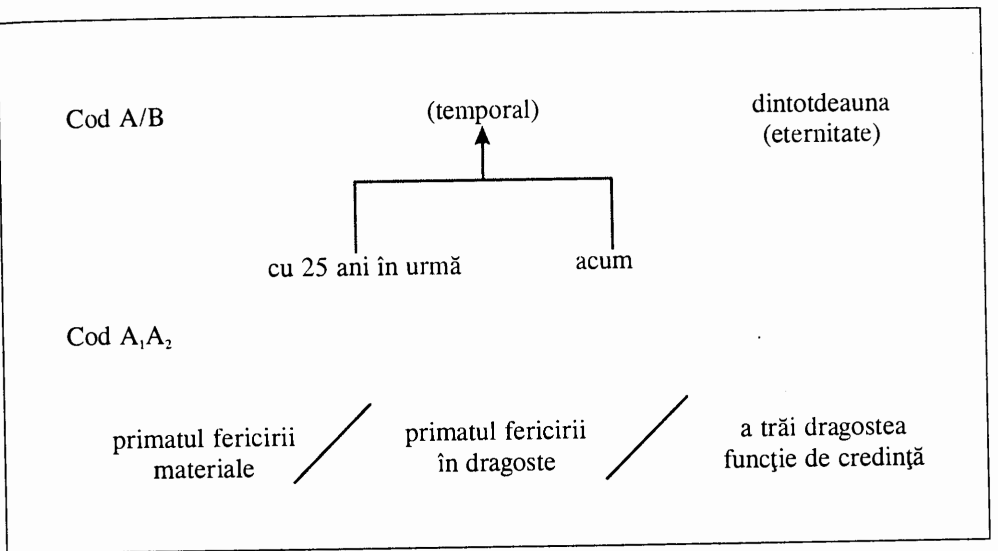


Figura nr. 2 (*cf.* J. Remy, 1990).

2. Al doilea nivel al analizei structurale *îl constituie ceea ce unii autori numesc „povestea căutării”*. Orice discurs nu este o simplă descriere, el se organizează în vederea unei finalităţi. Putem evidenţia această finalitate decodificând structura „dramatică” implicită, care dă sens discursului. „Drama” discursului este jucată de mai multe personaje, este o partitură cu mai multe roluri. Într-o lucrare asupra morfologiei povestirii, Propp (1970) afirmă: „ceea ce se schimbă sunt numele personajelor, ceea ce nu se schimbă sunt acţiunile sau funcţiile lor. Se poate concluziona că povestea atribuie aceleaşi acţiuni unor personaje diferite. Acest fapt ne permite să studiem poveştile pornind de la funcţiile personajelor” (p. 13).

Adaptând această perspectivă, Greimas analizează „povestea” conţinută într-un discurs, făcând apel la rolurile personajelor acesteia. El limitează numărul de roluri la şase şi defineşte trei axe de relaţionare între acestea. Rezultă un model actanţial care reprezintă o structură fundamentală întâlnită în orice discurs. În acest model, un actant este definit prin tipul de relaţie pe care îl stabileşte cu alţi actanţi şi prin locul său în structura identificată. Noţiunea de actor sau de personaj este înlocuită cu cea de actant pentru a semnifica faptul că acelaşi actor poate juca roluri actanţiale diferite şi, invers, că acelaşi statut actanţial poate fi ocupat de mai mulţi actori. Rolurile pot fi jucate de fiinţe umane, dar şi de obiecte materiale (de pildă averea, bogăţia ca obiect-actant) sau de către entităţi morale, spirituale (de pildă, raţiunea ca „asociat”).

Iată cele şase roluri şi axele pe care acestea se relaţionează:

a) cuplul subiect/obiect pe axa dorinţei. „Povestea” conţinută de discurs pune în scenă o „căutare”, este vorba despre un subiect aflat în căutarea unui obiect care îi lipseşte. Relaţia care îi uneşte este o relaţie de dorinţă. Cele două roluri se definesc prin raportarea unuia la celălalt: nu există un subiect fără obiect, nici un obiect fără subiect. Obiectul căutării este o valoare recunoscută şi, de aceea, de necontestat.

b) cuplul asociat/opozant pe axa puterii. Asociatul şi opozantul se definesc prin relaţiile acestora cu acţiunea subiectului. Asociatul ajută subiectul în obţinerea obiectului căutării sale, în timp ce opozantul creează obstacole. Subiectul, conştient de lipsa unor resurse, se plasează într-o poziţie de dependenţă în raport cu cel care deţine aceste resurse. Asociatul poate fi o fiinţă umană, un alt actor (un „aliat"), un instrument sau o forţă internă a subiectului („voinţa" acestuia). La fel, opozantul poate fi o persoană, un obstacol material sau o anume slăbiciune a subiectului.

c) cuplul emiţător/destinatar pe axa comunicării. La fel ca în cazul celorlalte roluri, acestea se definesc unul cu ajutorul celuilalt: emiţătorul comunică, transmite ceva destinatarului şi acesta din urmă primeşte acel „ceva". Ceea ce se transmite poate fi ceva imaterial: o datorie (imperativ moral), cunoştinţe, misiuni etc. Ele îi sunt necesare destinatarului, viitor subiect, pentru ducerea la bun sfârşit a „căutării" sale. Destinatarul devine subiect doar în măsura în care ceea ce i se comunică despre obiect îl convinge să acţioneze. De aceea am putea spune că rolul de emiţător îl precedă pe cel de subiect, deoarece informaţiile transmise de primul îl determină pe cel de-al doilea să acţioneze.

Având în vedere că fiecare actant poate fi definit şi prin calităţile care îi sunt atribuite, modelul expus poate fi reprezentat grafic ca în figura nr. 3:

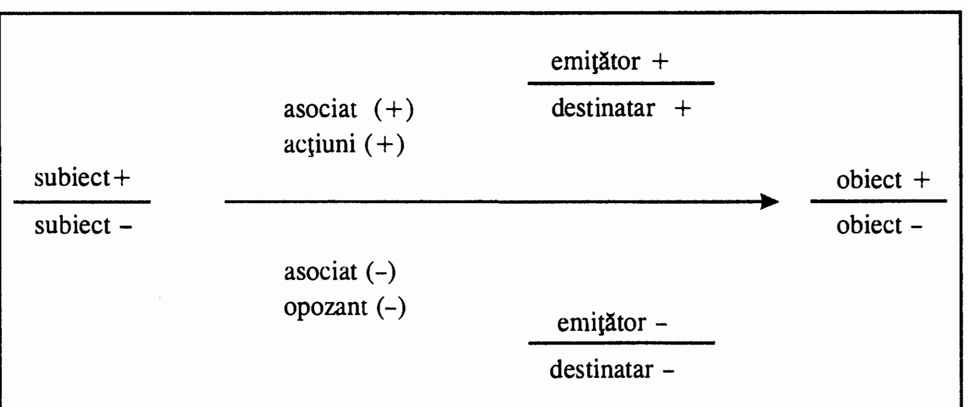


Figura nr. 3 (*cf.* D. Ruquoy, 1990, p. 106)

Modelele actanţiale care pot rezulta în urma analizei unui text pot să se caracterizeze fie prin absenţa unuia sau mai multor actanţi, fie prin faptul că acelaşi actant poate juca mai multe roluri (de pildă, subiectul poate fi şi destinatar).

Evident, personajul principal al analizei este subiectul. Deşi, în general, subiectul se distinge prin faptul că în jurul lui se organizează jocul complex al asociaţiilor şi opoziţiilor care structurează discursul, el este ales în funcţie de obiectivul cercetării.

Identificarea modelului actanţial permite evidenţierea structurii implicite a discursului şi ne ajută să răspundem la câteva întrebări: Care sunt valorile avute în vedere? Ce acţiuni sunt luate în consideraţie?

Analiza structurală prezentată abordează textul la două niveluri; primul nivel al decodajului îşi propune să evidenţieze schemele implicite care stau la baza reprezentării, a imaginii pe care şi-o face locutorul despre un eveniment, o situaţie etc., în timp ce al doilea nivel face din locutor purtătorul unui proiect asupra lumii.

10.3. Etapele unei analize de conţinut

Trebuie să precizăm, mai întâi, că în faţa unui document (transcrierea unui interviu, răspunsurile unor subiecţi la stimuli nonverbali, desene etc.) analistul se poate confrunta cu următoarele situaţii:

- fie documentul este elaborat într-un context deja studiat – de pildă documentul rezultat în urma aplicării unor teste proiective – şi atunci analiza este *dominant deductivă*; în acest caz analistul utilizează metoda de analiză construită în acord cu teoria care a fundamentat testul respectiv, identificând în documentul analizat elementele concrete care pot fi incluse în categoriile grilei de analiză prestabilite;
- fie documentul este original şi întrebările la care îşi propune să răspundă analiza sunt noi, particulare, specifice. În acest caz analiza are un caracter dominant inductiv şi solicită în mai mare măsură ingeniozitatea şi creativitatea analistului.

Analiza de conţinut are mai multe etape: standardizarea documentului, decuparea în unităţi de analiză şi alegerea modelului de analiză, codarea şi stabilirea protocolului care va fi supus prelucrării statistice. Tipul de analiză ales poate influenţa atât existenţa acestor etape, cât şi importanţa care li se acordă. Prezentarea unor metode de analiză în paginile anterioare a făcut referire şi la procesul pe care îl implică fiecare dintre acestea. Dacă trecem în revistă acum etapele generale ale unei analize de conţinut, o facem pentru a evidenţia atât imaginea generală a procesului analitic, cât şi aspectele comune pe care le au metodele prezentate:

1. Standardizarea documentului. Acest proces implică stabilirea unor reguli clare de identificare a documentului ce urmează a fi analizat, a unităţilor de înregistrare. Dacă, de pildă, documentul este rezultatul unui interviu, atunci se vor indica data, locul, numele persoanei intervievate, numele intervievatorului, vor fi explicitate regulile care au stat la baza transcrierii interviului etc.

Uneori este nevoie să se organizeze documentul în funcţie de obiectivele analizei. De exemplu, s-ar putea, organiza informaţiile obţinute de la mai mulţi subiecţi intervievaţi după întrebările care le-au fost puse acestora – toate răspunsurile la o singură întrebare vor constitui o unitate distinctă a documentului. Această organizare poate facilita prelucrările ulterioare, pentru că datele sunt deja grupate pe teme specifice. Rescrierea documentului în propoziţii poate fi, şi ea, o formă de standardizare. Conţinutul acestei etape, la fel ca şi al celorlalte, se organizează în funcţie de metoda de analiză ce urmează a fi utilizată şi de obiectivul final al analizei.

2. Decuparea documentului în unităţi de analiză. În funcţie de metoda de analiză ce va fi folosită, unităţile de analiză pot fi cuvintele sau expresiile (analiza lexicală), enunţurile care se raportează la o temă (analiza tematică), propoziţiile considerate din punct de vedere logic sau gramatical (analiza propoziţională) etc.

3. Grilele de analiză. Independent de descriptorii luaţi în consideraţie, se pot utiliza două categorii de modele de analiză: analitice şi structurale. Am expus deja, în paginile anterioare, un model de analiză de tip structural. Acum vom prezenta câteva consideraţii

privind modelele analitice. Acestea au la bază o serie de clasificări prin care se identifică un ansamblu de dimensiuni capabile să descrie unităţile de analiză şi care alcătuiesc ceea ce se numeşte, de obicei, grila de analiză. Fără un sistem de clasificare adecvat nu putem lucra cu multitudinea de date pe care ni le furnizează diversele metode calitative (observaţie, studiu de caz, interviu etc.). „Clasificarea este firul Ariadnei în labirintul naturii" scria George Sand. Fără un astfel de fir, analiza s-ar putea împotmoli în amănunte fără importanţă şi am ajunge uşor în situaţia de a nu vedea pădurea din cauza copacilor.

Guba (1978) sugerează câţiva paşi care trebuie parcurşi pentru convertirea datelor în categorii sistematice de analiză. În primul rând, analistul va trebui să descopere anumite „regularităţi" în corpul de date pe care le analizează, deoarece acestea îl pot conduce spre stabilirea unor categorii. Apoi, categoriile trebuie supuse unei evaluări care are în vedere două criterii: *„omogenitatea internă"* şi *„heterogenitatea externă"*. Primul criteriu are în vedere măsura în care datele care aparţin unei categorii „se combină" într-o manieră comprehensivă, în timp ce al doilea criteriu se referă la măsura în care diferenţele dintre categorii sunt evidente şi clare. Existenţa unui număr mare de date, care nu pot fi introduse în nici o categorie, sau a unor suprapuneri frecvente între conţinuturile unor categorii reprezintă semnul evident al unor greşeli în alcătuirea sistemului de categorii şi dimensiuni care alcătuiesc grila de analiză.

Este posibil ca în această etapă a analizei să apară mai multe sisteme de clasificare. În acest caz va fi ales sistemul care dispune de categorii uşor de evidenţiat, care poate fi caracterizat prin originalitate, valoare euristică crescută, fezabilitate.

În final, sistemul de categorii ales este considerat bun dacă îndeplineşte câteva condiţii:

a) *Verosimilitate internă şi externă*; această însuşire ar putea fi denumită şi *„integrabilitate"* – capacitatea de a integra într-o manieră verosimilă datele analizate; considerate dintr-o perspectivă internă, categoriile individuale trebuie percepute ca integrând date concordante, iar dintr-o perspectivă externă setul de categorii trebuie perceput ca fiind capabil să integreze, să cuprindă întreaga imagine pe care ne-o propune discursul analizat.
b) *Capacitate de includere rezonabilă* a datelor şi informaţiilor existente. Această însuşire poate fi parţial testată prin absenţa datelor care nu pot fi incluse în nici o categorie, dar şi prin raportarea la obiectivul cercetării: dacă setul de categorii nu pare a fi capabil, din punct de vedere logic, să acopere toate aspectele problemei studiate, atunci setul este probabil incomplet.
c) *Reproductibilitatea de către un alt cercetător competent*. Acesta ar trebui să poată să verifice dacă respectivele categorii incluse în sistem sunt în acord cu datele care urmează a fi analizate şi dacă datele au fost incluse în diverse categorii, într-o manieră adecvată sau nu.
d) *Simplitatea*. Numărul de categorii nu trebuie să fie prea mare, pentru ca procesul analizei să se desfăşoare uşor.

4. *Codificarea şi stabilirea protocolului*. Prin codificare înţelegem operaţia prin care analistul atribuie fiecărei unităţi de analiză codul categoriei în care aceasta este repartizată.

Pentru a verifica fidelitatea grilelor de analiză se poate proceda la un codaj dublu: fie acelaşi analist realizează două codificări succesive ale aceluiaşi document, fie acestea sunt realizate de două persoane diferite. În funcţie de situaţie, se pot calcula coeficienţi de fidelitate „intra-codor" sau „inter-codor":

Calculul coeficientului de fidelitate al codificărilor:

$$\frac{n \times 2}{i + j}$$

- n = numărul de ori în care codajul este identic
- i = numărul de codificări făcute de primul codificator sau prima dată de acelaşi codificator
- j = numărul de codificări făcute de al doilea codificator sau a doua oară de acelaşi codificator

După terminarea codificării se poate trece la construirea protocolului, care poate avea următoarea formă generală:

	Dimensiunea A					Dimensiunea B			
Unităţi	A_1	A_2	A_3	A_4	A_5	B_1	B_2	B_3	B_4
1									
2									
n									

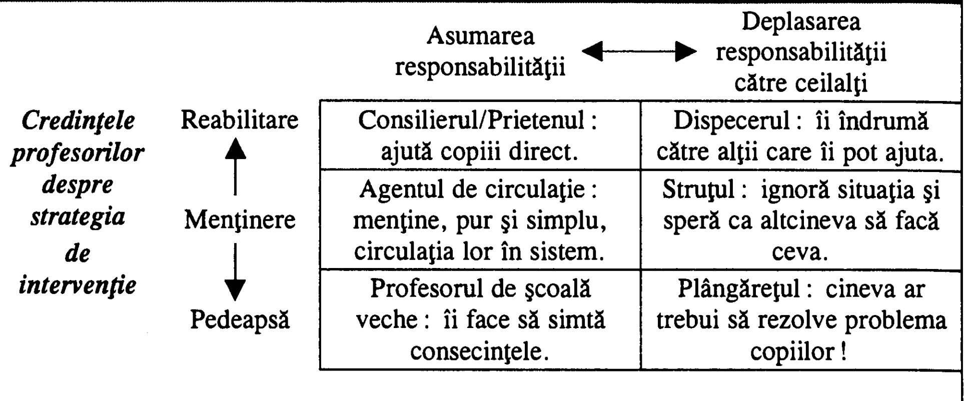
Forma de protocol prezentată are o grilă de analiză alcătuită din două dimensiuni (A, B), fiecare dintre acestea având 5, respectiv 4 categorii. În procesul de completare a protocolului se notează cu 1 sau 0 prezenţa sau absenţa codului pentru unităţile analizate, prin marcarea acestora la intersecţia liniilor (reprezentând unităţile analizate) şi coloanelor (reprezentând categoriile).

5. *Tratamentul statistic al datelor şi interpretarea*. După construirea protocolului, datele pot fi prelucrate utilizând instrumentele statistice descriptive şi inferenţiale. Ipotezele cercetării sunt cele care ne vor orienta spre instrumentele statistice corespunzătoare.

Analiza şi interpretarea calitativă îşi propune să acceadă la mecanismele psihologice şi psihosociale profunde care stau la baza faptelor descrise într-o manieră sistematică.

Deseori, interpretarea face apel la analize care au la bază considerarea simultană, încrucişată a două sau mai multor dimensiuni.

Ilustrăm acest procedeu cu tipologia empirică a profesorilor, rezultată prin considerarea simultană a două dimensiuni: comportamentul profesorilor în raport cu insuccesele şcolare (absenteism, repetenţie etc.) şi opiniile profesorilor despre strategia de intervenţie în această problemă (Patton, 1990, p. 413). (Vezi figura nr. 4.)



Comportamente față de insuccese

		Asumarea responsabilității ⟷	Deplasarea responsabilității către ceilalți
Credințele profesorilor despre strategia de intervenție	Reabilitare	Consilierul/Prietenul : ajută copiii direct.	Dispecerul : îi îndrumă către alții care îi pot ajuta.
	Menținere	Agentul de circulație : menține, pur și simplu, circulația lor în sistem.	Strutul : ignoră situația și speră ca altcineva să facă ceva.
	Pedeapsă	Profesorul de școală veche : îi face să simtă consecințele.	Plângărețul : cineva ar trebui să rezolve problema copiilor !

Figura nr. 4 - Comportamente față de insuccese (*cf.* Patton, 1990, p. 413).

Observați metaforele utilizate pentru denumirea fiecărui tip de profesor rezultat din combinarea celor două dimensiuni ! Metaforele propun o grilă de lectură a realității, care evidențiază adevăruri profunde într-o manieră intuitivă. De aceea, folosirea unor metafore sugestive în analizele calitative devine un bun mijloc de comunicare a rezultatelor (dacă se evită „reificarea" acestora, confundarea „hărții" cu realitatea).

După ce datele au fost organizate și descrise într-o manieră sistematică, se poate trece la realizarea unor considerații privind cauzele, consecințele, relațiile care pot conduce la realizarea unei imagini comprehensive a fenomenului studiat.

Interpretarea, prin definiție, implică depășirea descrierii ; ea presupune atribuirea unor semnificații datelor obținute, oferirea de explicații, realizarea unor extrapolări, inferențe, concluzii, luarea în considerație a unor explicații concurente a datelor etc.

Schlechty și Noblit (1982) consideră că o interpretare poate lua următoarele trei forme :

a) confirmă ceea ce este evident ;
b) pune sub semnul îndoielii ceea ce este evident ;
c) face evident și clar ceea ce este ascuns.

Afirmarea unor relații cauzale în urma unui demers calitativ trebuie realizată cu mare prudență. Este important ca analistul să fie conștient că relațiile cauzale, care par să explice un fenomen, nu sunt - în această etapă a cercetării - decât speculații, interpretări, ipoteze care se cer confirmate prin cercetări și analize ulterioare.

Una dintre cele mai mari capcane în care pot cădea cercetătorii care realizează analize calitative, atunci când fac inferențe despre relații, cauze, consecințe, este aceea de a lua ca bază pentru acestea afirmațiile liniare ale analizei cantitative și de a începe cu decuparea unor variabile izolate, relaționate apoi unele cu altele în afara contextului în care acestea se manifestă.

Este foarte important să înțelegem că interpretarea calitativă nu produce cunoștințe în același mod ca explicația cantitativă. Analiza și interpretarea calitativă pun accentul mai degrabă pe *insight*, înțelegere și extrapolare decât pe determinări cauzale, predicții și generalizări.

Datele obținute în urma analizei de conținut pot fi interpretate atât cantitativ, cât și calitativ, în funcție de forma finală în care acestea sunt prezentate și de obiectivul analizei. Dacă am insistat asupra analizei calitative, am făcut-o doar pentru că - din nefericire - mai persistă credința că doar afirmațiile susținute de argumente statistice puternice au un caracter științific indubitabil.

Pentru a ilustra diferențele dintre analiza liniară (cauză - efect) de tip cantitativ și analiza holistică specifică abordării calitative, precum și complementaritatea acestora, Patton (1990) propune analiza, din ambele perspective, a unei întâmplări dintr-o poveste sufită. Vă invit deci alături de M. Patton ca, mai întâi, să izolați variabilele specifice importante pentru acțiunea poveștii. Apoi, după ce decideți care sunt variabilele dependente și independente, să scrieți o propoziție cu forma : „Aceste lucruri determină cutare lucru".

Pentru a realiza analiza calitativă, citiți din nou povestea și încercați să distingeți diversele înțelesuri ale situației exprimate de personajele poveștii ; apoi scrieți o propoziție cu forma : „Aceste lucruri împreună cu acestea se combină pentru a crea...". Nu încercați să stabiliți care este cea mai bună abordare ! Pur și simplu încercați să înțelegeți fiecare dintre aceste două abordări.

„Într-o seară, mergând pe un drum pustiu, Mulla Nasrudin a văzut un grup de călăreți venind spre el. Imaginația lui a început să lucreze ; se imagina capturat și vândut ca sclav sau jefuit de călăreți ori înrolat cu forța în armată. Făcându-și atâtea griji, Nasrudin a luat-o la fugă, a sărit zidul unui cimitir și s-a întins în groapa unui mormânt deschis.

Uimiți de acest comportament ciudat, călăreții - călători cinstiți - l-au urmărit pe Nasrudin pentru a vedea dacă nu cumva are nevoie de ajutor. L-au găsit întins în groapă, încordat și tremurând.

- Ce faci în această groapă ? Te-am văzut alergând într-o stare de mare teamă. Putem să te ajutăm ?

Văzând oamenii foarte aproape de el, Nasrudin și-a dat seama că aceștia sunt călători cinstiți și că erau într-adevăr interesați de binele lui. Dar nu voia să-i ofenseze sau să-i supere povestindu-le ce anume și-a imaginat el despre ei. De aceea, Nasrudin a sărit, pur și simplu, din groapă și le-a spus : „Mă întrebați ce fac eu aici în această groapă. Dacă vreți să știți, eu vă spun doar atât : Eu sunt aici din cauza voastră și voi sunteți aici din cauza mea".

(Adaptare după M. Patton, 1990, p. 425)

11. Tipuri de interviu

Obiectivele şi modul de desfăşurare al interviurilor sunt atât de diferite încât orice clasificare a acestora este perfectibilă. Literatura domeniului propune câteva criterii pe care le putem lua în consideraţie.

Astfel, un prim criteriu de clasificare ar putea fi considerarea *iniţiatorului şi beneficiarului interacţiunii verbale*, pusă în act de situaţia de interviu (Ghiglione şi Matalon, 1985 ; Jakobi, 1993). Dacă interacţiunea comunicativă are loc la iniţiativa psihologului, clinicianului, cercetătorului, atunci rezultatele convorbirii sunt utilizate îndeosebi de aceştia în vederea atingerii unor obiective externe situaţiei de interviu. Interviul ca metodă de cercetare ştiinţifică intră în această categorie. În funcţie de obiectivele sale, interviul de cercetare ştiinţifică se poate situa la următoarele niveluri :

- *controlul* unor informaţii în vederea validării parţiale a rezultatelor obţinute cu ajutorul altor metode (de exemplu – convorbirile post-experimentale care au ca scop verificarea verosimilităţii situaţiei experimentale) ; în acest caz interviul nu este metoda principală ;
- *verificarea* unui domeniu de cercetare, relativ bine cunoscut, cu scopul de a vedea în ce măsură au intervenit anumite schimbări ;
- *aprofundarea* unui câmp de cercetare care, deşi bine cunoscut sub aspectele esenţiale, necesită detalierea unor aspecte particulare ;
- *explorarea* unui domeniu necunoscut.

Dacă iniţiatorul interviului este altă persoană decât profesionistul care conduce interviul, ne aflăm în prezenţa unor practici sociale diverse : convorbirea terapeutică, consilierea psihologică, confesiunea, consilierea juridică etc.

Reţinem din această categorie *interviul terapeutic* şi cel cu *scop diagnostic*. Convorbirea condusă de un terapeut poate avea un dublu scop : culegerea de informaţii necesare stabilirii strategiei terapeutice ulterioare sau scop terapeutic ; în acest din urmă caz interacţiunea verbală ca atare devine instrument al schimbării terapeutice.

Ca instrument de diagnostic, interviul este utilizat de psihologi şi psihiatri alături de alte metode şi are caracteristici distincte faţă de interviul terapeutic. Acestea vor fi detaliate în secţiunea dedicată interviului clinic.

Un criteriu frecvent utilizat în clasificarea interviurilor îl reprezintă gradul de directivitate al situaţiei de interviu. După acest criteriu, deosebim :

- interviul non-directiv (sau liber) ;
- interviul semi-directiv (cu ghid de interviu) ;
- interviul directiv (acest tip este foarte aproape de chestionarul cu întrebări deschise).

Situaţia de interviu implică diverse atitudini, în funcţie de gradul de asimetrie al relaţiei care se stabileşte între intervievator şi intervievat. Cele şase atitudini de bază care se pot manifesta într-o situaţie de interviu, descrise de Porter, se situează pe un continuum de la un pol directiv spre unul non-directiv. (Vezi figura nr. 5.)

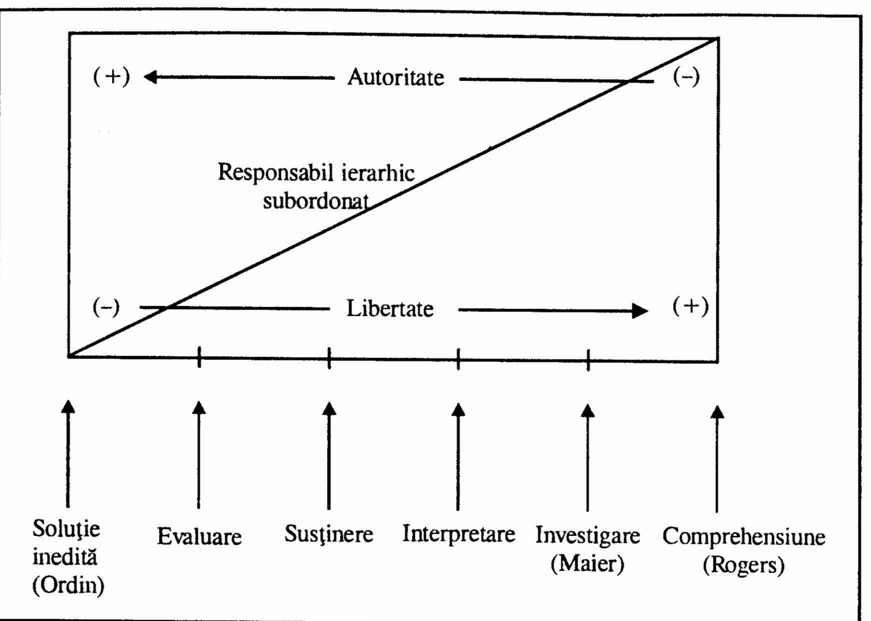


Figura nr. 5 – Atitudinile (după Porter) aplicate situaţiei ierarhice de interviu (*cf*. Layole, 1982, p. 69)

Se observă că gradele de libertate în cadrul unei interacţiuni verbale evoluează de la zero (ordin) la maximum, unde relaţia se transformă în una de tip colaborativ.

a) Interviul non-directiv. Acest tip de interviu se caracterizează prin maximum de flexibilitate şi ambiguitate. „Noţiunea de ambiguitate este fundamentală în acest tip de interviu, deoarece el permite persoanei intervievate să-şi dezvolte propria sa gândire cu privire la o temă generală, fără includerea unui anumit cadru de referinţă" (Ghiglione şi Matalon, 1985, p. 75).

În literatura de specialitate, acest tip de interviu se găseşte şi sub denumirea de *interviu narativ*. Intervievatorul nu intră în situaţia de interviu decât cu câteva teme generale, pe care persoana intervievată le va dezvolta conform cadrelor sale de referinţă interne. Întrebările vor fi stimulate de contextul conversaţional şi vor avea ca obiectiv principal încurajarea persoanei să dezvolte fără nici o constrângere tema generală propusă. Avantajul principal al acestui tip de interviu este marea sensibilitate la diferenţele individuale şi schimbările situaţionale. Întrebările pot fi individualizate pentru a stimula explorarea în profunzime a credinţelor, stărilor afective şi pentru a utiliza orice context cu scopul obţinerii unor informaţii cât mai concrete.

Limitele acestui tip de interviu sunt reversul calităţilor lui : dificultatea de a obţine informaţii sistematice, reproductibile, din moment ce întrebările sunt puternic individualizate ; informaţiile obţinute sunt mai puternic influenţate decât în celelalte tipuri de interviu de către personalitatea intervievatorului (capacitatea de relaţionare, abilitatea de a formula rapid întrebări adecvate etc.).

b) Interviul semi-directiv utilizează o schemă prestabilită sub forma unui ghid, care conţine principalele teme care vor fi abordate sau o listă de întrebări. Ghidul de interviu asigură, pe de o parte, respondenţilor o anume libertate în abordarea unor teme, pe de altă parte furnizează un cadru care permite obţinerea de informaţii de la mai multe persoane cu privire la aceleaşi teme de interes. Ghidul de interviu oferă temele sau subiectele ce urmează a fi abordate, dar lasă intervievatorului posibilitatea de a explora liber fiecare dintre aceste domenii. Prin utilizarea ghidurilor, interviul poate furniza informaţii sistematice asupra unor teme prestabilite. Ghidurile de interviu sunt deosebit de utile în cazul interviurilor de grup - deoarece asigură focalizarea schimburilor verbale asupra unor teme, permiţând în acelaşi timp manifestarea perspectivelor şi experienţelor individuale.

Ghidurile de interviu pot fi mai mult sau mai puţin detaliate, în funcţie de măsura în care cercetătorul este capabil să specifice anticipat problemele sau temele importante şi dacă se consideră că anumite suite de întrebări trebuie formulate la fel şi în aceeaşi ordine pentru toate persoanele ce urmează a fi intervievate.

Dacă în timpul interviului apar şi alte teme interesante, în afara celor prestabilite, intervievatorul va decide dacă le va explora în profunzime sau nu. Această decizie va fi influenţată nu numai de gradul de interes manifestat pentru temele noi apărute, dar şi de timpul alocat pentru realizarea interviului.

c) Interviul directiv cuprinde un ansamblu de întrebări deschise, puse într-o ordine prestabilită tuturor persoanelor intervievate. În general, întrebările solicită răspunsuri scurte şi clare; de aceea, un astfel de interviu durează mult mai puţin timp decât celelalte tipuri prezentate. Cercetătorul care utilizează un astfel de interviu trebuie să aibă o imagine clară despre nivelul de informare a persoanelor ce urmează a fi intervievate şi despre limbajul accesibil acestora. Se evită astfel un număr prea mare de non-răspunsuri sau solicitările de reformulare a întrebărilor într-un limbaj mai accesibil.

Interviul directiv, standardizat, cu întrebări deschise, minimizează efectul intervievatorului asupra datelor obţinute şi facilitează analiza acestora.

Limita cea mai importantă a acestei abordări standardizate este aceea că nu permite intervievatorului să abordeze teme sau probleme care nu au fost anticipate în momentul redactării întrebărilor. De asemenea, lipsa flexibilităţii acestui tip de interviu face imposibile luarea în consideraţie şi utilizarea diferenţelor interindividuale, precum şi a experienţelor unice ale unor respondenţi în producerea de informaţii utile cercetării.

Pentru a diminua limitele acestor tipuri de interviu şi a valorifica la maximum resursele lor, în practică se utilizează combinaţii ale acestora. Astfel, este posibil ca un număr de întrebări fundamentale să fie formulate precis şi adresate într-o ordine prestabilită, permiţând, în acelaşi timp, intervievatorului o mai mare flexibilitate în aprofundarea unor domenii sau libertatea de a decide asupra explorării unor teme interesante, apărute în timpul interviului. De asemenea, se poate utiliza o abordare directivă, standardizată în prima parte a interviului, lăsând apoi respondentului posibilitatea de a aborda orice alt subiect care îl interesează în ultima parte a interviului.

Combinând obiectivele interviului de cercetare cu atitudinea adoptată în timpul interviului pe axa directiv - non-directiv, Ghiglione şi Matalon (1985) propun următoarea matrice:

Interviu / Cercetare	Non-directiv	Semi-directiv	Directiv
Control			X
Verificare		X	X
Aprofundare	X	X	
Explorare	X		

Capitolul VI

INTERVIUL CLINIC

1. Introducere

1.1. Definiţie. Caracteristici generale

După cum am mai amintit, termenul „clinic" îşi are originea în cuvântul grecesc *kline* care înseamnă „pat". În medicină, examenul clinic vizează demersul de obţinere de informaţii la patul bolnavului ; astăzi se foloseşte şi termenul „învăţământ clinic" cu referire la procesul de dobândire de cunoştinţe în contact direct cu bolnavul, lângă patul acestuia.

În domeniul psihologiei, termenul de *interviu clinic* are un sens oarecum diferit : el vizează dobândirea de informaţii şi înţelegerea funcţionării psihologice a unui subiect prin focalizarea asupra trăirilor acestuia şi punând accent pe relaţia stabilită în cadrul situaţiei de interviu.

Interviul clinic este însăşi paradigma muncii psihologului clinician. Utilizând interviul, acesta poate obţine informaţii despre problemele şi dificultăţile subiectului, despre evenimentele trăite, istoria sa, relaţiile cu ceilalţi, viaţa sa intimă etc. El este, prin urmare, un instrument care ne permite accesul la subiectivitatea pacientului (clientului) şi înţelegerea acestuia în specificitatea sa. Informaţiile obţinute cu ajutorul interviului clinic nu pot fi înţelese decât prin raportarea la cadrele de referinţă interne ale subiectului. De pildă, dificultăţile unui individ nu dobândesc sens decât dacă sunt resituate în cadrul lor de referinţă : istoria personală a subiectului, istoria sa familială, maniera în care se relaţionează cu ceilalţi, personalitatea sa.

Noţiunea de interviu clinic este legată de lucrările lui C. Rogers. Interesat de dinamica personalităţii şi de valorile umane, C. Rogers a fundamentat o serie de noţiuni care astăzi alcătuiesc cadrul desfăşurării practice a interviului clinic : „acceptarea celuilalt", „centrarea pe persoană", „empatie", „non-directivitate", „comprehensiune". Ideea sa generală este că, în domeniul clinic, trebuie să abordăm subiectul fără un *a priori* teoretic : „singur pacientul ştie unde şi cum suferă" ; trebuie deci să avem încredere în el, să-l ascultăm cu atenţie, adoptând o atitudine comprehensivă şi respectuoasă, care îi va permite să-şi dezvolte toate resursele de care dispune.

Desigur, practica interviului clinic a fost influenţată şi de alte teorii şi modele psihologice : psihanaliza, fenomenologia, abordarea sistemică, abordarea psihiatrică etc.

Felul în care se derulează practic un interviu clinic se desfăşoară în funcţie de mai mulţi factori :

- obiectivele interviului : diagnostic, terapie, cercetare etc. ;
- modelele teoretice şi formarea profesională a clinicianului ;
- personalitatea, vârsta subiecţilor şi aspectele particulare ale interacţiunii în cursul interviului ;

- cine formulează cererea, cui îi aparține inițiativa interviului : subiectului, familiei, instituției, cercetătorului etc. ;
- momentul și condițiile în care se desfășoară interviul : prima convorbire sau următoarele, mediu spitalicesc sau consultație externă, context de criză sau nu etc.

Lista nu este exhaustivă, interviul poate fi influențat de o multitudine de factori ; de aceea fiecare interviu este unic, la fel cum fiecare individ este unic. Această constatare ne permite să subliniem că desfășurarea unui interviu clinic nu stă sub semnul improvizației și că relația pe care acesta o presupune favorizează un dialog asimetric între un subiect și un *profesionist*, care trebuie să aibă competența de a lua o anumită poziție în acest dialog.

Dincolo de variabilitatea pe care o pot introduce factorii menționați, ceea ce rămâne relativ constant în timpul interviului este cadrul creat de reguli tehnice (*non-directivitate, semi-directivitate*) și de atitudinea (*atitudinea clinică*) adoptată de psihologul clinician.

1.2. Tipuri de interviu

În funcție de regulile tehnice privitoare la comportamentul clinicianului (pe axă non-directiv – directiv), în timpul interviului există mai multe tipuri de interviu clinic:

a) Interviul non-directiv. Acesta este un interviu centrat pe persoană în cursul căruia subiectul sau pacientul are libertatea de a vorbi despre problemele, dificultățile sau temele sale de interes. Clinicianul pune din când în când întrebări, circumscrie o anumită temă, apoi lasă subiectul să vorbească. Acesta poate să se abată de la tema propusă, evocând problemele sale de sănătate, amintiri din copilărie, viața sa de familie, problemele profesionale ; clinicianul îl ascultă fără să-l întrerupă, deoarece tocmai aceste asociații libere sunt importante pentru accesul la structura profundă a universului interior al subiectului. El respectă momentele de tăcere, discontinuitățile, asociațiile ; „ceea ce este important este ca subiectul să spună ceea ce are de spus, ceea ce vrea să spună și ce poate să spună" (C. Chiland, 1989).

Adoptând o atitudine respectuoasă, comprehensivă și empatică, clinicianul îi urmărește discursul și-l stimulează să vorbească prin manifestări non-verbale și verbale : mișcări ale capului, aprobări, reformulări. Deși acest feedback este furnizat într-o atmosferă de neutralitate binevoitoare, el influențează pozitiv discursul subiectului, încurajându-l să-și verbalizeze experiențele sale.

Clinicianul va putea să analizeze informațiile obținute în cursul unui astfel de interviu în funcție de *conținutul manifest* (ceea ce spune subiectul), dar și în funcție de *conținutul latent* (reprezentări și semnificații, uneori implicite, asociate discursului). Aceasta presupune ca psihologul să fie atent nu doar la *ce* anume spune subiectul, ci și la *cum* spune și *când* spune ceea ce spune. Dacă mesajul verbal face parte din discursul conștient al subiectului, manifestările paraverbale și non-verbale (tăceri, modificări ale mimicii, manifestări fiziologice, schimbarea temelor etc.) ne informează despre infrastructura inconștientă a acestuia și ne permit să accedem la funcționarea veritabilă a subiectului și la maniera în care el se situează în raport cu discursul lui.

Interviul non-directiv creează cadrul adecvat de manifestare spontană a unor lanțuri asociative, care exprimă subiectul în unicitatea sa și permit clinicianului să verifice ipoteze pertinente în scopul înțelegerii lui. Ceea ce este dominant într-un interviu

decât lipsa intervențiilor verbale din partea clinicianului. De altfel, mulți subiecți ar recepta cu oarecare teamă și disconfort tăcerile prelungite ale clinicianului, interpretate ca lipsă de interes și empatie.

b) Interviul semi-directiv. La fel ca în cazul interviului utilizat în cercetare, acest tip de interviu se desfășoară în baza unui ghid, care cuprinde principalele teme ce vor fi explorate împreună cu subiectul. Întrebările cuprinse în ghid nu vor fi adresate într-o manieră strict ordonată, ci la momentul considerat oportun și doar în cazul în care subiectul nu a atins deja, în mod spontan, tema avută în vedere.

Interviurile cu scop diagnostic și o bună parte dintre interviurile terapeutice au această structură : în cadrul temelor propuse de clinician, subiectul are libertatea de a-și exprima, în felul său, gândurile, stările afective, experiențele.

c) Interviul directiv. Acest tip de interviu este utilizat în domeniul psihologiei clinice pentru completarea informațiilor obținute cu ajutorul altor metode. Caracterul clinic al acestui tip de interviu, în care subiectul răspunde la un set de întrebări strict ordonate, este mai puțin pregnant, din moment ce verbalizarea spontană a experiențelor este redusă la maximum, iar implicarea personală este minimă.

În această categorie putem include interviurile clinice standardizate cu scop diagnostic, utilizate de psihiatri. Acest tip de interviu va fi analizat în detaliu în paginile următoare.

1.3. Atitudinea clinică

Aspectele tehnice ale interviului clinic (non-directivitatea – directivitatea) sunt într-o strânsă relație cu atitudinea clinicianului. Iată câteva dintre elementele acestei atitudini (R. Mucchielli, 1994 ; Benony & Chahraoui, 1999) :

• *Non-directivitatea*. Noțiunea de atitudine clinică este aproape de concepția rogersiană a non-directivității și poate fi definită astfel :

> „Non-directivitatea este în primul rând o atitudine față de client. Este o atitudine prin care terapeutul își refuză tendința de a imprima clientului o direcție oarecare, într-un plan anume, își interzice să gândească ceea ce clientul trebuie să gândească, să simtă sau să acționeze într-o manieră determinantă" (M. Pages, 1965).

Se observă că elementul esențial al acestei atitudini este centrarea pe subiect ; aplicată la relația de ajutor, această atitudine implică încrederea în capacitatea pacientului de autodeterminare, în resursele sale personale.

• *Individualizarea relației*. Personalizarea relației, a ajutorului este o necesitate și un drept al clientului. Oamenii nu admit ușor să fie „cazuri", etichete, diagnostice, categorii.

• *Libera exprimare a sentimentelor clientului*. Preocuparea majoră a clinicianului nu trebuie să fie problema clientului, ci relația clientului cu problema sa, adică semnificațiile pe care i le atribuie acesteia.

• *Angajarea personală autentică fără implicare afectivă*. Este vorba despre ceea ce în unele lucrări se numește „implicare personală controlată" și ceea ce rogersienii numesc autenticitate și empatie. Este indispensabil ca intervievatorul să păstreze

numesc autenticitate şi empatie. Este indispensabil ca intervievatorul să păstreze o capacitate de obiectivitate superioară celei a clientului său, adică un control de sine şi o independenţă permanentă în situaţia de interviu.

• *Neutralitate binevoitoare*. Clinicianul nu trebuie să formuleze judecăţi de valoare, critici sau dezaprobări cu privire la client. În acelaşi timp, neutralitatea nu trebuie confundată cu răceala sau cu luarea unei anumite distanţe faţă de client; dimpotrivă, neutralitatea se asociază cu bunăvoinţa şi cu transmiterea către client a unui semnal de încredere în capacitatea lui de a se exprima liber.

• *Acceptarea clientului în realitatea şi demnitatea sa*. Acceptarea clientului nu înseamnă aprobarea atitudinilor sale, a reacţiilor şi a modului său de a trăi. Obiectul acceptării nu este Binele sau Răul clientului, ci realitatea sa. Fiecare are nevoie – spune C. Rogers – de o imagine pozitivă în tranzacţiile cu ceilalţi. Acceptarea unei persoane ca fiinţă raţională şi demnă de respect este o condiţie ca persoana însăşi să se accepte pe sine.

• *Autodeterminarea clientului*. Acest principiu este expresia recunoaşterii dreptului clientului de a lua liber propriile decizii. Acest drept îl obligă pe clinician să stimuleze şi să activeze potenţialul de autoreglare al clientului, ajutându-l să identifice şi să utilizeze mai bine resursele personalităţii sale, datorită recâştigării încrederii în sine.

• *Secretul profesional*. Secretul profesional se referă la păstrarea de către clinician doar pentru sine a informaţiilor confidenţiale pe care clientul i le-a transmis în cursul relaţiei profesionale. Când clientul solicită ajutorul sau serviciile clinicianului, el ştie că va trebui să-i dezvăluie fapte personale, sentimente intime etc. El comunică toate acestea cu speranţa că astfel clinicianul va putea să-l ajute. De aceea el trebuie asigurat de păstrarea secretului.

2. Interviul clinic psihiatric

2.1. Structura şi obiectivele interviului psihiatric

Deşi ambele sunt necesare şi complementare, interviul clinic utilizat în psihiatrie şi cel utilizat în psihologie dobândesc caracteristici specifice în funcţie de obiectivele urmărite şi de teoriile care le fundamentează.

Psihiatrul îşi fundamentează demersul pe elemente clinice aparente pentru stabilirea unui diagnostic, pe care îl raportează apoi la un sistem nosografic; psihologul îşi propune să înţeleagă funcţionarea psihologică a unui individ, raportând condiţiile acestuia la un anumit context (istoria familială şi personală a subiectului, însuşiri de personalitate, relaţiile cu cei din jur etc.). În acest ultim caz, sistemul de referinţă nu mai este alcătuit dintr-un sistem de categorii exterioare individului – ca în cazul diagnosticului psihiatric –, ci este reprezentat de individul însuşi. În timp ce psihologul pune accent mai degrabă pe diferenţele interindividuale, pe descrierea şi înţelegerea individului în unicitatea sa, psihiatrul îşi propune să introducă mai mulţi indivizi în aceleaşi cadre nosografice pe baza similarităţilor dintre aceştia.

În al doilea rând, psihiatrul îşi înscrie interviul clinic într-un demers terapeutic, chiar faza diagnostică a interviului justificându-şi existenţa prin obiectivul terapeutic final; demersul clinic al psihologului nu este terapeutic în sensul medical al termenului, el având înainte de toate valoare de ajutor, consiliere şi intervenţie psihologică cu valenţe implicite în domeniul schimbării psihologice a persoanei suferinde.

Interviul psihiatric este astăzi foarte impregnat de tradiţia medicală, fapt care influenţează structura şi obiectivele acestuia, precum şi condiţia celor doi actori sociali – psihiatru, pacient – care interacţionează.

Obiectivele interviului psihiatric sunt:

- identificarea tulburărilor psihopatologice – faza diagnostică;
- stabilirea conduitei ulterioare – faza terapeutică.

Profesioniştii din domeniul bolilor mintale utilizează în principal două stiluri în realizarea unui interviu: unul de inspiraţie *psihodinamică*, orientat spre clarificare şi înţelegere (*„insight oriented"*) şi altul *orientat spre simptom* (descriptiv) (Othmer & Othmer, 1994). Abordarea centrată pe simptom utilizează diverse cadre de clasificare şi descriere a tulburărilor psihice (ultimul dintre acestea fiind DSM-IV). Ambele au avantaje şi limite şi pot fi utilizate pentru obţinerea de informaţii aflate la diverse niveluri; combinarea lor se poate dovedi utilă nu numai pentru realizarea unui diagnostic valid, ci şi pentru identificarea mai multor alternative terapeutice.

Interviul de inspiraţie psihodinamică are la bază concepţia lui S. Freud referitoare la conflictele profunde, deseori cu originea în prima copilărie, care dobândesc un caracter patogen şi interferă cu acţiunile pacientului, introduc distorsiuni în percepţiile acestuia şi conduc la apariţia unor simptome, comportamente neadaptative şi suferinţă. În cursul interviului, clinicianul îşi propune să descopere astfel de conflicte, să-l provoace pe pacient la conştientizarea lor, cu speranţa rezolvării, a depotenţializării de energia afectivă negativă asociată lor. Conştientizarea acestor conflicte este un travaliu dificil, deoarece pacientul se protejează prin utilizarea unor mecanisme de apărare inconştiente.

Metodele utilizate de practicienii acestui tip de interviu sunt deja clasice în domeniu: interpretarea „materialului psihologic" produs de pacient prin asociaţie liberă, interpretarea viselor, detectarea trăirilor anxioase, confruntarea pacientului cu comportamentul interpersonal, manifestat de acesta în relaţia cu terapeutul sau cu alte persoane semnificative, identificarea defenselor şi analiza rezistenţei manifestate în discuţia conflictelor sale etc. Un astfel de interviu are un scop dublu: diagnostic şi terapeutic.

Interviul clinic centrat pe simptom poate fi realizat într-o manieră mai mult sau mai puţin structurată.

Mulţi clinicieni, influenţaţi de ideile psihanalitice, preferă tehnici indirecte de realizare a interviului şi un schimb liber cu pacienţii. În general, un astfel de *interviu nestructurat* permite clinicianului o mare libertate în formularea întrebărilor, în introducerea unor noi teme de discuţii, iar pacientului – o prezentare spontană a ideilor, gândurilor, afectelor, care poate furniza o imagine mai validă a dinamicii interne a subiectivităţii acestuia decât cea oferită de o abordare directivă. Practicarea unui interviu nestructurat sau slab structurat necesită din partea clinicianului o bună experienţă clinică, deprinderi adecvate şi o formare pe măsură în acest domeniu. Probabil că de aceea majoritatea clinicienilor preferă să utilizeze un *interviu semistandardizat*. Obiectivul

general este acela de a obţine o descriere amănunţită a problemelor pacientului, necesară fundamentării diagnosticului şi terapiei. De asemenea, clinicianul îşi propune să înţeleagă principalele caracteristici ale personalităţii pacientului (atât părţile puternice, cât şi aspectele vulnerabile), să obţină o imagine clară a relaţiilor acestuia cu persoanele apropiate, atât în trecut, cât şi în prezent, precum şi o perspectivă comprehensivă a evoluţiei sale din copilărie până în prezent.

În mod frecvent, ghidul de interviu utilizat într-un interviu clinic semistructurat conţine următoarele teme (Wiens, 1990; Kaplan şi Sadock, 1994):

1. Date de identificare: nume, prenume, sex, vârstă, adresă, loc de muncă, profesie, status marital, internări în spital sau consultaţii clinice anterioare.

2. Motivul internării: problema care a determinat prezentarea la camera de gardă a spitalului sau solicitarea consultaţiei. Pentru a se evita interferenţa informaţiilor pacientului cu interpretările clinicianului, se recomandă ca toate acuzele să fie notate utilizând cuvintele pacientului. Aceste informaţii pot fi completate cu cele furnizate de persoanele care însoţesc pacientul.

3. Istoria bolii actuale. Această parte a interviului furnizează clinicianului o imagine cronologică a evenimentelor care au condus la solicitarea ajutorului. Se notează:

- factorii precipitanţi care au condus la evenimentul actual;
- împrejurările în care au început simptomele, durata şi intensitatea acestora;
- simptomele cu efectele invalidante cele mai grave;
- cum a afectat boala viaţa socială, profesională, familială a bolnavului;
- câştiguri secundare ale bolii;
- atitudinea bolnavului faţă de boala sa; nivelul anxietăţii şi felul în care acesta şi-o controlează etc.

4. Boli anterioare. Această secţiune a interviului îşi propune să producă informaţii referitoare la problemele psihiatrice şi somatice anterioare. Sunt explorate şi înregistrate într-o manieră cronologică: simptomele pacientului, gravitatea incapacităţii provocate de acestea, tratamentul urmat, numele spitalelor unde a fost internat, durata fiecărei boli, efecte ale tratamentelor anterioare, gradul de conformare la tratament. Deosebit de utile sunt informaţiile referitoare la eventuale traumatisme cranio-cerebrale, consumul de droguri şi alcool.

5. Anamneza (istoria personală). Aceasta este centrată pe etapele majore ale dezvoltării: perioada pre- şi perinatală, copilăria, adolescenţa, perioada adultă. Se notează aspectele emoţional-afective dominante (conflicte, factori de stres, suferinţe etc.) şi problemele specifice fiecărei vârste. Dintre acestea, menţionăm:

- informaţii despre părinţi şi alţi membri apropiaţi ai familiei;
- antecedente heredocolaterale de ordin somatic şi psihopatologic;
- experienţe şi evenimente deosebite referitoare la dezvoltarea infantilă;
- sexualitatea;
- evoluţia şcolară şi profesională;
- experienţe sociale, maritale, militare şi legale importante etc.

6. Examinarea statusului mental
- descriere generală: impresia generală, comportament şi activităţi psiho-motorii, atitudine faţă de examinator;
- dispoziţie, stări afective şi gradul de adecvare a acestora la situaţie;
- vorbire;
- tulburări perceptive;
- gândire – procese, forme, conţinuturi;
- procese senzoriale şi cognitive: ritmul şi nivelul conştiinţei, orientare spaţio-temporală, memorie, concentrare, gândire abstractă, nivel informaţional şi inteligenţă;
- capacitatea de autocontrol;
- coerenţă, claritate, spirit critic.

Aceste teme pot fi abordate într-o manieră flexibilă, în funcţie de desfăşurarea practică a interacţiunii verbale, respectând totuşi o anumită logică a raţionamentului diagnostic. Ghidul prezentat este utilizat de clinician, inclusiv pentru redactarea raportului referitor la pacientul examinat. Acest raport este completat cu următoarele rubrici: diagnostic, prognostic, recomandări terapeutice.

Tehnicile de evaluare comportamentală dezvoltate o dată cu expansiunea psihoterapiilor comportamentiste au influenţat şi structura interviurilor clinice de tip psihiatric. Din această perspectivă, interviul clinic poate aborda următoarele teme:

- analiza situaţiei problemă (inclusiv excese comportamentale, aspecte pozitive şi negative);
- clarificarea situaţiei problemă care menţine comportamentul vizat de evaluarea clinică;
- analiza motivaţională;
- analiza dezvoltării (care va include aspecte biologice, sociale, comportamentale etc.);
- analiza capacităţii de autocontrol;
- analiza relaţiilor sociale;
- analiza mediului socio-cultural şi fizic.

Interviul clinic centrat pe simptom are la bază ideea că tulburările psihiatrice se exprimă printr-un set caracteristic de semne, simptome şi comportamente. Deoarece factorii etiologici (de natură biologică şi psihologică) implicaţi în aceste tulburări sunt încă insuficient cunoscuţi, diagnosticul psihiatric este unul dominant descriptiv, iar această descriere are la bază mai degrabă anumite criterii clinice de clasificare, decât o presupusă patologie profundă (deşi înşişi termenii de semn şi simptom implică ideea că ceea ce observăm direct este expresia unor modificări profunde).

Dezvoltarea deosebită a mijloacelor de tratament în domeniul tulburărilor psihice, cu efecte selective asupra acestora, a stimulat punerea la punct a unor criterii de diagnostic cu o capacitate discriminativă din ce în ce mai mare. Dacă cu câteva decenii în urmă, când chimioterapia tulburărilor psihice conţinea un număr relativ redus de substanţe psihotrope, administrate unor grupuri largi de bolnavi, diagnosticul psihiatric îşi putea permite formulări generale, astăzi tehnicile de diagnostic trebuie să ţină pasul cu progresele psiho-farmacologiei şi să conducă la formulări capabile să surprindă mai bine diferenţele interindividuale în domeniul manifestărilor psihopatologice.

Pe scurt, interviurile centrate pe clarificare şi *insight* (de inspiraţie psihodinamică) şi cele centrate pe simptom au obiective diferite; primul tip propune o abordare interpretativă şi *explică* semnele, simptomele şi comportamentele, în timp ce al doilea tip are la bază o abordare descriptivă şi *clasifică* semnele şi simptomele într-o anume categorie.

Un clinician poate utiliza ambele tipuri de interviu încorporate într-o abordare secvenţială. Dacă porneşte de la ideea că pacientul are tulburări psihiatrice majore, dar şi tulburări de personalitate şi conflicte inconştiente, atunci el poate, într-o primă fază, să diagnosticheze tulburările psihiatrice majore şi de personalitate, în conformitate cu criteriile DSM-IV. Dacă după tratament conflictele interpersonale persistă, el poate trece la realizarea unui interviu centrat pe *insight* şi clarificare, completând prima fază cu o a doua.

2.2. DSM-IV – ghid pentru interviul clinic psihiatric

Interviul semistructurat centrat pe simptom este compatibil cu abordarea de tip descriptiv şi ateoretic propusă de DSM-IV (American Psychiatric Association, 1994). Clinicianul organizează informaţiile obţinute de la pacienţi în semne şi simptome – elemente ale diagnosticului descriptiv (DSM-IV, Axa I şi Axa II). El include o evaluare a capacităţii de adaptare şi control a pacientului, modalitatea personală de a face faţă bolii, o evaluare a aspectelor medicale, a problemelor psihosociale şi de mediu ale acestuia.

Manifestările aceleiaşi tulburări variază de la pacient la pacient, ca şi mecanismele de apărare şi răspunsurile la tratament. Mai mult, comorbiditatea unor tulburări clinice şi de personalitate, precum şi impactul stării medicale generale, al factorilor de stres din viaţa cotidiană şi al conflictelor interpersonale complică procesul adaptării psihosociale şi face problematică realizarea unui prognostic. Admiţând existenţa acestor factori, psihiatrii care practică un interviu centrat pe simptom iau în consideraţie retardarea mentală şi tulburările de personalitate (Axa II), aspectele medicale generale (Axa III), problemele psihosociale şi de mediu (Axa IV), evaluarea globală a funcţionării pacientului (Axa V) şi intervenţia mecanismelor de apărare psihologică (Axa VI).

Într-o lucrare recentă, Othmer & Othmer (1994) fac o prezentare amplă a interviului clinic, punând accent pe tehnicile de evaluare care pot produce informaţii relevante în raport cu sistemul de clasificare propus de DSM-IV (*Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*). Autorii menţionaţi consideră că interviul clinic are patru componente principale:

a) Raportul. Raportul se referă la felul în care pacientul şi clinicianul interacţionează. Procesele psihologice şi comportamentele implicate de interacţiunea actorilor sociali în situaţia de interviu au fost deja menţionate într-un paragraf anterior. Acum subliniem doar faptul că ambele tipuri de interviu clinic (centrat pe clarificare/*insight* şi centrat pe simptom) acordă o importanţă deosebită stabilirii, monitorizării şi menţinerii raportului. Interviul centrat pe *insight* conceptualizează raportul în termenii transferului/contratransferului şi pune accent pe identificarea repetării unor patternuri relaţionale infantile în situaţia de interviu, în timp ce interviul descriptiv, centrat pe diagnostic, descrie raportul ca interacţiunea dintre pacient şi clinician care „progresează de la înţelegere spre adevăr" (Othmer & Othmer, 1994). Pentru o bună monitorizare a raportului cu pacienţii, Othmer & Othmer propun o listă de control utilă mai ales pentru clinicienii debutanţi. Prezentăm câţiva dintre itemii acestei liste de control care are în total 31 de întrebări (Othmer & Othmer, 1994, p. 42):

„Am înţeles suferinţa pacientului ?"
„Am manifestat empatie pentru suferinţa lui ?"
„I-am comunicat pacientului un obiectiv clar al tratamentului ?"
„Întrebările mele l-au convins că simptomele tulburării sale îmi sunt familiare ?"
„Pacientul mi-a recunoscut competenţa ?"
„Am înţeles atitudinea pacientului faţă de boala sa ?"

b) Tehnica. Această componentă se referă la metodele utilizate de clinicieni pentru stabilirea raportului şi obţinerea de informaţii. Tehnicile se situează pe un continuum care evoluează de la întrebările deschise la confruntare, de la interpretare la interogare. Ambele tipuri de interviuri (centrat pe *insight*/centrat pe simptom) acordă o importanţă deosebită tehnicilor, dar utilizează abordări diferite. Interviul centrat pe *insight* utilizează tehnici capabile să conducă la conştientizarea conflictelor inconştiente, precum asociaţia liberă, confruntarea şi interpretarea, în timp ce interviul descriptiv pune accent pe tehnici orientate spre evaluarea simptomelor, semnelor, comportamentelor şi disfuncţiilor psihologice.

Un bun clinician poate începe abordarea unei teme cu întrebări deschise, largi; devine apoi din ce în ce mai focalizat asupra unor aspecte şi sfârşeşte abordarea temei respective prin întrebări din ce în ce mai detaliate, mai specifice. Conducerea unui interviu eficient cu un pacient psihiatric este mai dificilă decât cu orice altă persoană, deoarece abilităţile lui de relaţionare şi de formulare a răspunsurilor pot fi afectate.

De obicei, pacienţii comunică problemele lor în una dintre următoarele modalităţi:

- spunând tot ce au pe suflet, uneori cu un debit verbal greu de întrerupt (plângeri, acuze);
- evidenţiind anumite probleme, dar trecând sub tăcere, ascunzând unele aspecte neplăcute, jenante (rezistenţă);
- prezentând o imagine confuză a problemelor lor (expresie a mecanismelor de *apărare*).

În fiecare dintre aceste trei situaţii clinicianul trebuie să utilizeze tehnici adecvate.

Când pacientul comunică sub forma plângerilor şi acuzelor, intervievatorul nu face altceva decât să ajute pacientul să-şi descrie problemele cât mai detaliat posibil. Pentru aceasta, el utilizează tehnici precum: formularea de întrebări deschise, tehnici de clarificare, aprofundare şi urmărire.

Interviul este mai dificil cu pacienţii rezistenţi. Cele mai utilizate tehnici cu pacienţii rezistenţi sunt acceptarea, confruntarea, abordarea indirectă etc. Clinicianul trebuie să aibă abilitatea de a comunica pacientului atât deschiderea şi înţelegerea sa în raport cu rezistenţele şi reţinerile acestuia de a aborda anumite probleme, cât şi priceperea de a-l convinge de utilitatea – din perspectiva diagnosticului şi tratamentului – de a depăşi aceste rezistenţe.

c) Statusul mental. Această componentă a interviului clinic se referă la starea generală psihică, mentală pe durata interviului. Este pacientul clar sau confuz în răspunsurile

sale, își amintește ușor sau cu dificultate informațiile care i se cer, exteriorizează o stare de confort sau de iritare, de deschidere sau de suspiciune, este bine ancorat în realitate sau verbalizează idei bizare? Interviul descriptiv ghidat de DSM-IV vizează mai multe dimensiuni, între care menționăm: comportamentul psihomotor, vorbirea și gândirea, starea afectivă, conținutul gândirii, memoria, orientarea, *insight*-ul, în timp ce interviul centrat pe *insight* își propune să treacă dincolo de tulburările funcționale și să identifice mecanismele de apărare și conflictele care le determină. Statusul mental este evaluat atât cu ajutorul observației, cât și prin utilizarea tehnicilor specifice interviului.

Exemplificăm ghidul de interviu propus de Othmer & Othmer, prezentând itemii care trebuie avuți în vedere de către clinician pentru evaluarea memoriei pacientului în timpul interviului:

„Pacientul furnizează următoarele dovezi ale memoriei pe termen scurt, mediu și lung:
1 = repetă numele dumneavoastră (sau gri, atenție, floare, dreptate);
2 = reamintire imediată a numelui dumneavoastră (sau a celor patru cuvinte);
3 = își reamintește, pe parcursul interviului, numele dumneavoastră (sau cele patru cuvinte);
4 = își amintește evenimentele din ultimele 24 ore;
5 = discută despre evenimente îndepărtate verificabile". (op. cit. p. 154)

d) Formularea diagnosticului. Cu cât clinicianul află mai multe despre punctele puternice și slabe ale pacientului, despre suferința lui, cu atât va fi mai capabil să formuleze un diagnostic clar și corect. Ambele tipuri de interviu urmăresc realizarea unui diagnostic, dar urmează rute diferite. Interviul centrat pe *insight* identifică conflicte și structuri comportamentale stimulate inconștient, cu scopul realizării unei formulări psihodinamice, în timp ce interviul centrat pe simptom își propune să colecteze un set de simptome și semne, care să poată fi raportate la criteriile de diagnostic propuse de DSM-IV.

2.3. Limitele diagnosticului psihiatric

Obiectivul interviului clinic psihiatric este, după cum am subliniat deja, formularea unui diagnostic și a unui plan terapeutic. Din această perspectivă ne punem întrebarea firească, referitoare la validitatea și fidelitatea diagnosticului psihiatric obținut cu ajutorul interviului clinic.

Un diagnostic este valid când se achită de scopul care a determinat realizarea lui, respectiv determinarea tipului de intervenție terapeutică adecvat pacientului diagnosticat (Goldemberg, 1997). Cel mai important instrument în procesul stabilirii diagnosticului este clinicianul însuși. Acest „instrument" are, incontestabil, resurse deosebite, dar și o serie de limite. Un experiment interesant realizat de Temerlin (1968) evidențiază cât de ușor diagnosticul psihiatric poate fi influențat de sugestia venită din partea unei alte persoane cu prestigiu (profesionist în domeniu). Un interviu înregistrat cu un actor a fost astfel realizat încât să prezinte imaginea unei persoane normale, fericite și care nu a trăit nici cea mai mică tulburare ocazională (de pildă, neînțelegeri cu soția). Înaintea prezentării interviului înregistrat audio, grupului de psihiatri, psihologi clinicieni și studenți – cărora li s-a spus că ulterior trebuie să formuleze un diagnostic independent – li s-a comunicat de către un profesionist de prestigiu (care de fapt era complicele

experimentatorului) că individul este probabil psihotic. Această sugestie a avut un efect evident asupra celor trei grupuri: 60% dintre psihiatri l-au apreciat pe pacient ca psihotic, dintre psihologi doar 28% au pus același diagnostic, în timp ce studenții s-au dovedit cei mai puțin sensibili la sugestie – 11% dintre ei au diagnosticat pacientul ca având psihoză (Goldemberg, 1977).

Validitatea diagnosticului psihiatric este pusă sub semnul întrebării și de studiul lui D. Rosenhan – *A fi sănătos într-o lume bolnavă* (*Être sain dans un environnement malade*, 1973/1988). În cadrul acestui studiu, participanții, persoane sănătoase, s-au prezentat la camerele de gardă ale mai multor spitale de psihiatrie, acuzând că aud din când în când o voce, nu totdeauna foarte clară, care spune „Viața mea este goală și inutilă". În ciuda manifestării doar a acestui simptom unic, unsprezece dintre „pacienți" au fost internați cu diagnosticul de schizofrenie, iar unul, deși acuza același simptom, a fost internat cu diagnosticul de psihoză maniaco-depresivă. Utilizarea acestui ultim diagnostic, care se referă la o psihoză cu un prognostic mai favorabil decât schizofrenia, este pusă de D. Rosenhan pe seama faptului că spitalul unde a fost admis „bolnavul" respectiv era singurul spital privat din lista de spitale vizate de experiment și pe seama influenței pe care o exercită apartenența la o clasă socială asupra diagnosticului psihiatric (Rosenhan, 1988, p. 137).

În ceea ce privește factorii care conduc la o fidelitate scăzută a diagnosticului psihiatric, menționăm constatările a două studii semnificative pentru acest domeniu.

Într-un studiu din 1962, C.H. Word și colaboratorii menționau următorii factori responsabili de dezacordurile dintre diagnosticele psihiatrice (*cf.* Goldemberg, 1977):

1. Inconsecvența din partea pacientului (5% dintre dezacorduri):
   - pacientul oferă spontan material diferit fiecărui clinician (2,5%);
   - pacientul se schimbă ca urmare a primului interviu (2,5%).
2. Inconsecvența din partea diagnosticianului (32,5% dintre dezacorduri):
   - diferențele în tehnicile de interviu conduc la culegerea unor informații diferite (5%);
   - acordarea unei ponderi diferite simptomelor constatate în momentele formulării diagnosticului (17%);
   - diferențe în interpretarea aceleiași patologii;
   - alte tipuri de diferențe între clinicieni.
3. Inadecvările nosologiei (62,5%):
   - imposibilitatea unei diferențieri fine; imaginea clinică este ambiguă și nu poate fi clasificată conform necesităților, exigențelor nosologiei (7,5%);
   - alegerea forțată a categoriei majore predominante;
   - criterii neclare; incertitudinea privind criteriul pentru stabilirea unui diagnostic derivă din insuficienta clarificare din nomenclatura prezentă.

La o distanță mai mare de un deceniu de studiul menționat, Spitzer, Endicott și Robins (1975) identifică cinci factori importanți, responsabili de fidelitatea scăzută a diagnosticului psihiatric:

1. Varianţa determinată de subiecţi : pacienţii oferă informaţii diferite în momente diferite ;
2. Varianţa determinată de împrejurările în care are loc evaluarea (de pildă, un bolnav diagnosticat ca fiind maniaco-depresiv va oferi informaţii diferite în faza depresivă faţă de cele din faza maniacală) ;
3. Varianţa determinată de sursa de informaţii (clinicienii pot avea informaţii din surse multiple – pacient, aparţinători etc. – sau informaţiile, chiar dacă provin de la aceleaşi surse, se referă la domenii diferite) ;
4. Varianţa introdusă de observaţia pacientului (nu toţi clinicienii observă aceleaşi manifestări la acelaşi pacient) ;
5. Varianţa introdusă de criteriile de diagnostic utilizate.

În acord cu studiul anterior, Spitzer şi colaboratorii consideră că sursa cea mai importantă a fidelităţii scăzute a diagnosticului psihiatric o constituie varianţa determinată de criteriile de diagnostic. De aceea ei s-au implicat în mod deosebit în dezvoltarea criteriilor de diagnostic incluse în DSM-III.

În ceea ce priveşte reducerea varianţei determinate de informaţiile utilizate (al doilea factor cu impact important asupra fidelităţii diagnosticului), Spitzer şi colaboratorii au dezvoltat un interviu clinic standardizat, care îşi propune să diminueze efectul stilului intervievatorului şi al gradului de acoperire a domeniilor psiho-comportamentale importante de către interviu asupra informaţiilor obţinute.

Preocuparea continuă de îmbunătăţire a criteriilor de diagnostic s-a concretizat în realizarea de către American Psychiatric Association a unor ediţii consecutive ale Manualului Diagnostic şi Statistic al Tulburărilor Mentale (DSM). Ultima ediţie, din 1994, este cunoscută sub denumirea de DSM-IV.

Obiectivul principal care a stat la baza dezvoltării DSM-IV a fost acela de a furniza o mai puternică bază empirică pentru categoriile diagnostice propuse decât cele existente în ediţiile anterioare şi de a apropia aceste categorii de cele propuse de International Classification of Diseases and Related Health Problems (ICD-10)(Murphy şi Davidshofer, 1994). Deşi obiectivele generale ale DSM au fost unanim apreciate, reviziile sale repetate au fost frecvent criticate. În primul rând s-a exprimat o anume rezervă cu privire la *motivele reale* ale „îmbunătăţirilor" repetate aduse DSM-ului ; se pare că motivele *economice* (veniturile realizate prin vânzarea noilor ediţii, politica instituţiilor de asigurare etc.) au fost la fel de importante ca cele ştiinţifice atunci când s-a luat decizia editării DSM-III-R şi DSM-IV ; apoi, a existat o anume presiune de a include categorii diagnostice potenţial discutabile (a fost cazul ediţiei DSM-III-R) ; în sfârşit, nici o ediţie nu a reuşit să definească exact la ce anume se referă DSM-ul.

În mod deosebit criticile se referă la faptul că nu există un consens clar cu privire la ce anume se înţelege prin tulburare şi boală ; astfel, nu există criterii clare pentru a distinge în ce condiţii tratamentul cel mai adecvat este de ordin medical, psihiatric sau psihologic sau pentru a diferenţia tulburările mentale de o gamă largă de probleme minore de adaptare, care, potenţial, pot fi trăite de oricine. În aceeaşi ordine de idei, Ivey şi Ivey (1999) afirmă că DSM-IV nu reuşeşte să ia în consideraţie aspectele developmentale şi sistemice şi continuă punctul de vedere tradiţional, care localiza problemele doar în interiorul individului. Această perspectivă conduce clinicianul la prescrierea unui tratament rupt de contextul psihosocial în care evoluează pacientul.

Eysenck, Wakefield şi Friedman (1983) subliniază faptul că problemele psihologice nu sunt, în general, analoge problemelor medicale (bolilor), deoarece primele sunt, deseori, exemple extreme ale comportamentului manifestat de persoanele „normale" în viaţa de zi cu zi, în timp ce multe dintre problemele medicale reprezintă categorii distincte care, adesea, pot fi determinate de un singur agent patogen. Atâta timp cât categoriile diagnostice utilizate sunt formulate de psihiatri, tradiţia medicală a diagnosticului categorial are mari şanse să continue. Nu este exclus totuşi ca în viitor să se adopte o abordare mai degrabă dimensională decât categorială ; adică, în loc ca un individ să fie introdus într-o categorie diagnostică distinctă, separată de celelalte, el să fie descris prin intermediul mai multor dimensiuni psihologice semnificative, adecvat măsurate (de pildă – inteligenţă, extraversiune, nevrozism etc.). Astfel, în loc să spunem că un pacient suferă de o tulburare anume, poate fi mult mai util să descriem funcţionarea individului în termenii unui set relevant de dimensiuni cognitive, emoţionale şi comportamentale.

2.4. Utilizarea computerului în realizarea interviului clinic psihiatric

Pentru eliminarea factorilor care afectează fidelitatea diagnosticului psihiatric, soluţia propusă de tot mai mulţi clinicieni şi cercetători a fost realizarea unui interviu puternic structurat şi standardizat. Acesta conţine reguli clare privind formularea şi ordinea întrebărilor, înregistrarea şi evaluarea răspunsului. Clinicianul devine astfel o piesă interschimbabilă într-o maşinărie care produce evaluări psihiatrice (Wiens, 1990). De aici până la realizarea unor programe computerizate de realizare a interviurilor nu rămânea decât un pas, care a şi fost făcut. În 1987 erau deja peste 300 de programe destinate evaluării şi modificării comportamentului uman, 8% dintre acestea fiind interviuri structurate, majoritatea destinate autoadministrării.

La fel ca intervievatorul uman, computerul poate fi programat să adreseze întrebări de urmărire şi aprofundare sau să sară peste anumite întrebări referitoare la domenii unde nu sunt probleme. Gradul de personalizare a interviului în funcţie de pacientul intervievat atinge performanţa de a formula întrebările într-un limbaj accesibil acestuia şi de a compara răspunsurile la întrebările din diverse secţiuni ale interviului. Înregistrarea simultană a unor indicatori psiho-fiziologici – latenţa răspunsului, pulsul etc. – permite computerului ca în comentariul final al răspunsurilor să introducă şi aspecte referitoare la nivelul stimulării emoţionale a subiectului pe durata interviului.

Este evident totuşi că interviul computerizat nu poate beneficia de informaţiile transmise non-verbal şi paraverbal de către pacient în cadrul unei relaţii interpersonale (deşi se recunoaşte că nu întotdeauna clinicianul poate utiliza toate informaţiile obţinute în cadrul relaţiei sale cu clientul pentru formularea diagnosticului).

Personal, consider că interviul computerizat nu poate fi utilizat cu orice tip de pacient şi că majoritatea persoanelor care solicită ajutorul unui psihiatru au nevoie de contactul securizat, de empatia, înţelegerea şi suportul acestuia chiar din faza interviului diagnostic. De aceea, interviul computerizat poate fi indicat doar pentru anumite categorii de pacienţi şi în anumite momente ale procesului diagnostic.

3. Interviul clinic de evaluare

3.1. Obiective

Interviul clinic reprezintă doar una dintre multiplele modalităţi de evaluare clinică, alături de anamneză, examenele psihologice care utilizează probe standardizate, observaţia în mediul natural sau clinic etc. Interviul de evaluare are două obiective importante:

- *un obiectiv diagnostic*: identificarea simptomelor, clarificarea şi analiza acestora şi implicit cunoaşterea şi înţelegerea funcţionării psihologice;
- *un obiectiv terapeutic*: uneori interviul are un efect terapeutic imediat, cel mai adesea el permite crearea unei bune relaţii între clinician şi terapeut şi - prin elementele diagnostice pe care le oferă - orientează strategia terapeutică.

Pentru descrierea şi înţelegerea activităţii şi funcţionării psihologice a persoanei, clinicianul utilizează informaţii care se referă la:

- *manifestări obiective*, vizibile - comportamente care pot fi direct observate, măsurate sau înregistrate (de la comportamente complexe până la gesturi simple sau manifestări subtile prin care se exprimă emoţiile);
- *manifestări subiective*, senzaţii, imagini, gânduri care sunt produsul activităţii mentale a subiectului şi care îi sunt accesibile doar lui. Aceste manifestări pot fi descrise de subiect în timpul interviului şi pot face obiectul interpretării clinicianului.

La fel ca şi în cazul altor tipuri de interviuri clinice, cel de evaluare poate fi liber (nestructurat), semistructurat şi structurat.

3.2. Aspecte specifice şi dificultăţi

Dacă ţinem cont de faptul că obiectivul principal al interviului clinic este *înţelegerea individului în globalitatea şi singularitatea sa subiectivă*, atunci toate informaţiile obţinute în cursul interviului capătă sens doar raportate la cadrele de referinţă specifice acestuia: aşteptări, condiţii de viaţă, istoria personală şi situaţia sa actuală, modul de funcţionare psihică etc. Imaginea care rezultă în urma interviului este unică. Astfel, interviul clinic de evaluare se deosebeşte de cel de cercetare; acesta din urmă îşi propune să obţină informaţii reproductibile, comparabile cu cele obţinute de la ceilalţi subiecţi incluşi în cercetare.

În al doilea rând, deoarece interviul clinic vizează cazul singular, unic şi în dimensiunea sa esenţialmente subiectivă, el implică din partea clinicianului mobilizarea la cel mai înalt grad a *capacităţii sale empatice*, fără de care demersul comprehensiv ar fi imposibil.

În aceeaşi ordine de idei, a abordării individualizate, interviul clinic, pentru a-şi atinge obiectivele sale, trebuie să dezvolte o căutare mai activă, mai centrată, care *să vizeze comportamentele sau simptomele mai neobişnuite, „insolite"*, precum şi unele elemente precise, care pot fi introduse în anumite categorii. Comportamentele comune, obişnuite, performanţele medii nu ne sunt de prea mare folos în alcătuirea portretului clinic al unei persoane; ceea ce individualizează oamenii şi-i diferenţiază de ceilalţi sunt comportamentele neobişnuite, excesele comportamentale (pozitive sau negative), performanţele extreme (foarte mici sau foarte mari). O evaluare corectă a informaţiilor ţine cont de sursa acestora; nu trebuie să situăm pe acelaşi plan simptomele observate şi simptomele trăite de pacient; de asemenea, trebuie să diferenţiem între interpretarea pe care pacientul o dă simptomelor sale şi cele realizate de clinician sau de membri ai anturajului (părinţii unui copil, soţul/soţia, anturajul familial în cazul unei persoane în vârstă etc.).

O dificultate frecvent întâlnită în discuţiile de cazuri între clinicieni este confuzia între planurile la care se realizează evaluarea clinică: *simptomatic, structural şi etiologic*. De pildă, o tendinţă întâlnită în domeniul psihopatologiei infantile este aceea de a apropia tablourile clinice infantile de cele adulte - cu atât mai mult cu cât clinicianul este şi el un om adult; în acest context există tendinţa de banalizare şi de ignorare a factorilor specifici dezvoltării infantile, a stilului, a ritmului de creştere al copilului, variabilitatea simptomatică proprie vârstei etc.

În faţa tabloului clinic divers pe care i-l oferă subiectul intervievat, clinicianul reuşeşte să ajungă la o construcţie logică şi semnificativă, apelând la diverse modele teoretice (psihanalitic, etnopsihiatric, fenomenologic, psihosocial etc.). Aceste modele nu numai că permit introducerea unei ordini în datele obţinute, ele fundamentează şi ipotezele care orientează evaluarea şi, eventual, intervenţia terapeutică. Deşi foarte utile, *teoriile riscă să dezvolte un caracter autoconfirmativ* - ele pot conduce clinicianul să observe şi să reţină doar informaţiile care validează modelul la care acesta aderă.

În sfârşit, interviul clinic de evaluare presupune o *relaţie specifică*. Clinicianul are în faţa sa, de cele mai multe ori, o persoană care suferă. Prin procedee verbale şi non-verbale specifice, clinicianul favorizează emergenţa unor fenomene inconştiente (dorinţe, reprezentări, afecte, modalităţi specifice de gândire etc.), ajungând astfel să cunoască subiectul în toată complexitatea sa. Se întâmplă deseori ca subiectul să adopte o atitudine oarecum paradoxală: deşi este invitat să descrie ceea ce simte şi gândeşte, deşi înţelege că pentru rezolvarea problemelor sale clinicianul trebuie să-l cunoască cât mai bine - subiectul nu poate, nu ştie cum sau nu vrea să se lase cunoscut. De aceea, psihologul trebuie să faciliteze, să încurajeze şi să susţină cât mai mult posibil exprimarea gândurilor şi stărilor afective de către subiect, ştiind în acelaşi timp că pentru aceasta trebuie să depăşească unele mecanisme de apărare mai mult sau mai puţin intense.

În cazul în care interviul clinic este asociat unui examen psihologic, el furnizează informaţii utile şi diverse asupra pacientului: aspecte istorice, conduite habituale, evoluţia unor tulburări, aspecte privind funcţionarea psihică generală etc.

3.3. Niveluri de evaluare în cadrul interviului clinic

Distingem cel puţin două nivele de evaluare: nivelul simptomatic sau descriptiv şi nivelul funcţionării intrapsihice.

a) Nivelul simptomatic sau descriptiv. La acest nivel, descrierea clinică a pacientului se realizează cu ajutorul informaţiilor produse în timpul interviului şi observaţiei directe. Trebuie să amintim că aceste informaţii sunt, de cele mai multe ori, de natură calitativă

şi, în funcţie de obiectivul evaluării şi amploarea procesului evaluativ pus în act de către clinician, completează informaţiile psihometrice obţinute în urma testelor şi asigură un cadru adecvat interpretării acestora.

• **Gândire, raţionament, simţ critic**. Calitatea activităţii intelectuale se exprimă prin capacitatea subiectului de a-şi organiza gândirea, de a înţelege şi utiliza adecvat conceptele şi de a proiecta acţiuni coerente în vederea atingerii unui obiectiv. Această capacitate poate fi evaluată la nivelul discursului spontan al subiectului şi punându-i întrebări pentru a vedea cum îşi argumentează răspunsurile. Perturbarea activităţii intelectuale poate să-şi aibă sursa fie în tulburări de ordin cognitiv, fie în probleme de natură emoţională.

Simţul critic, dezvoltarea socio-cognitivă pot fi evaluate prin capacitatea subiectului de ierarhizare a unor fapte şi idei, în funcţie de o scară de valori adaptată contextului. Se evaluează, în general, supleţea, stabilitatea, soliditatea argumentării etc. Capacitatea de judecată este tulburată când subiectul se manifestă într-o manieră rigidă, inadaptată, inconsistentă, incoerentă, inadecvată (de pildă, incapacitatea subiectului de a-şi modifica o opinie, în ciuda informaţiilor noi care intră în dezacord cu aceasta).

Parazitarea fluxului gândirii de către activităţi apropiate visului (onirism), obnubilarea (între confuzie şi vigilenţă normală) sau, dimpotrivă, hipervigilenţa (reactivitate atenţională, stare de hiperalarmă) semnalizează alterări ale vigilenţei. Gândirea poate fi lipsită de fluenţă, digresivă, în timp ce atenţia poate fi mai mult sau mai puţin intensă, stabilă, concentrată, prelungită sau eficientă.

• **Memoria**. Memoria poate fi şi ea evaluată în timpul interviului. Se manifestă pierderea unor amintiri recente sau mai vechi, o imposibilitate de fixare a unor informaţii noi, o dezorganizare a amintirilor (de pildă, amestecarea prezentului şi trecutului, a realului şi imaginarului)?

• **Imaginaţia**. Imaginaţia poate fi săracă, stereotipă sau, dimpotrivă, exaltată, bogată, antrenând combinaţii neaşteptate.

• **Aspectul general**. Prezentarea, ţinuta, gradul de igienă şi curăţenie sunt revelatori semnificativi ai adaptării şi caracterului.

• **Atitudini**. Atitudinile manifestate în timpul interviului furnizează şi ele informaţii importante referitoare la confortul psihologic al subiectului, la nivelul anxietăţii, la nevoia de control etc. De asemenea, expresivitatea mimico-gestuală permite cunoaşterea stărilor afective trăite de subiect; observăm: sărăcia sau excesul mimico-gestual, discordanţa dintre mimică şi discurs, manierism etc. Este important să apreciem activitatea psiho-motrice deoarece ea poate evidenţia, de pildă, agitaţie sau pasivitate, dar şi agresivitate, persecuţie, depresie; limbajul şi forma discursului, în general – debit verbal, mutism, bâlbâială, repetiţia unor cuvinte fără adaptare la situaţia de interviu – ne informează despre stările atitudinal-afective ale subiectului.

• **Starea emoţională**. Putem distinge, pe de o parte, modificări moderate, comparabile cu cele care pot fi observate la subiecţi normali şi care se produc ca reacţie la o situaţie; iar pe de altă parte, modificări de natură patologică, determinate de o disfuncţie afectivă (tulburări afectiv-dispoziţionale).

Starea afectivă se exprimă prin intermediul unor manifestări paraverbale, al gesturilor, mimicii sau modificărilor vasomotrice. Putem observa disproporţia, inadecvarea sau discordanţele dintre aceste manifestări şi caracteristicile situaţiei de interviu.

• **Conştiinţa de sine şi de mediu**. Conştiinţa de sine şi de mediu poate fi perturbată datorită tulburării unor funcţii intelectuale superioare sau a stării emoţionale. În cursul interviului este important să apreciem cum se vede subiectul pe el însuşi şi cum percepe lumea, deoarece viziunea sa ne furnizează informaţii semnificative despre personalitatea lui. Pentru aceasta dispunem, pe de o parte, de ceea ce subiectul ne povesteşte despre reacţiile sale la diverse situaţii de viaţă şi de informaţiile furnizate de comportamentul său (verbal şi non-verbal) în timpul situaţiei de interviu. De pildă, în delir, conştiinţa de sine şi de lume este tulburată, subiectul afişând o convingere de neclintit în afirmaţiile sale.

• **Percepţii**. În cursul interviului putem evalua existenţa unor anestezii isterice, a insensibilităţii în raport cu anumiţi stimuli sau a unor manifestări de tip halucinator.

Alte manifestări:

- particularităţi ale somnului (insomnie, hipersomnie, coşmaruri, somnambulism etc.);
- conduite alimentare (bulimie, anorexie, coprofagie); controlul sfincterian;
- conduite sexuale (dezinteres, impotenţă, frigiditate, perversiuni etc.);
- conduite sociale (încălcări ale legii precum: furturi, escrocherii, agresiuni, crime etc.);
- comportamente neconforme regulilor familiale şi/sau sociale, precum fuga de acasă, tentative de suicid, consum exagerat de alcool (beţie);
- conduite simptomatice pentru anumite particularităţi psihice precum atitudini agresive, cheltuieli exagerate, provocări sau refuzul de a munci – fără ca acestea să fie, în mod necesar, patologice.

b) Nivelul funcţionării intrapsihice. Adaptarea unei perspective dinamice. Modalităţile de relaţionare în timpul interviului au o importanţă considerabilă, deoarece solicitarea ajutorului şi fenomenele transferenţiale induc o dinamică revelatoare pentru personalitatea subiectului examinat. Trăsăturile de personalitate şi personalitatea patologică adaugă relaţiei caracteristici semnificative pentru funcţionarea psihică normală şi patologică.

Descrierea şi analiza funcţionării psihice presupune adoptarea unei perspective dinamice asupra personalităţii. Psihologii cu o orientare psihodinamică se centrează asupra identificării conflictelor primare, a analizei mecanismelor de apărare, a principalelor teme fantasmatice etc. Acestea structurează într-un anume fel personalitatea subiectului şi felul în care acesta se manifestă în relaţia cu clinicianul – dezvoltă mecanismele profunde ale funcţionării sale psihice.

Indiferent dacă psihologul aderă sau nu la modelul psihanalitic, travaliul său este diferit de cel necesar descrierii semiologice, deoarece el se centrează îndeosebi asupra raportului dintre conţinutul manifest şi cel latent al discursului pacientului. Particularităţile psihice care se exprimă în planul conduitelor şi relaţiilor sunt explorate prin prisma a ceea ce pacientul povesteşte despre viaţa lui şi prin prisma reacţiilor transferenţiale, manifestate în cursul interviului.

Aceeaşi conduită poate avea mai multe sensuri şi totdeauna este mai uşor să o descrii decât să înţelegi care anume este semnificaţia ei. De aceea este preferabil să adoptăm mai întâi un demers descriptiv şi abia apoi să dezvoltăm o analiză comprehensivă.

• **Evaluarea tipului de tulburare a personalităţii**. Tulburările de personalitate, funcţionarea patologică a acesteia pot fi identificate prin analiza comportamentului verbal şi non-verbal manifestat în situaţia de interviu.

• **Personalitatea paranoică**. Interviul este dificil în măsura în care persoana interpretează fără să ţină cont de contextul în care o anume acţiune a fost realizată. Ea se îndoieşte, fără nici un motiv, de loialitatea persoanelor din anturajul său. În mod frecvent, subiectul este gelos, bănuitor, într-o continuă alertă şi într-o continuă căutare de argumente care să-i confirme bănuielile. Interviul poate deveni tensionat deoarece pacientul este puţin sensibil la punctul de vedere al celuilalt şi puţin înclinat să accepte o atitudine critică ; el rămâne rece, distant, rigid.

• **Personalitatea schizotipică/schizoidă**. Personalitatea schizotipică se distinge printr-o gândire plină de credinţe şi gânduri persecutorii, de credinţe bizare, în timp ce personalitatea schizoidă este infiltrată de indiferenţă în relaţiile sociale şi multiple restricţii afective. De aceea contactul în situaţia de interviu va fi rece, sărac, fără ritm ; clinicianul puţin experimentat poate trăi un sentiment neplăcut de singurătate şi imposibilitate de comunicare.

• **Personalitatea histrionică**. Amplitudinea răspunsurilor emoţionale, solicitarea excesivă a atenţiei, căutarea constantă a laudelor şi a unui feedback securizant facilitează contactul în situaţia de interviu, dar pacientul rămâne intruziv, excesiv, egocentric. El este animat, influenţabil, intuitiv, impresionabil, viu, fără autenticitate şi nu se simte prea bine când nu se mai află în centrul atenţiei ; pacientul histrionic dramatizează şi se arată puţin tolerant la frustrare. Cu astfel de pacienţi, clinicianul se poate lăsa antrenat de solicitările lor excesive şi fără limite şi riscă să depăşească timpul alocat iniţial interviului.

• **Personalitatea dependentă** va afişa un comportament dependent şi conformist, de supunere, deoarece este incapabilă să ia decizii fără a fi consiliată sau securizată într-o manieră excesivă de altă persoană ; în lipsa acestui feedback securizant, persoana poate dezvolta contra-atitudini de iritare, enervare, agasare.

• **Personalitatea obsesional-compulsivă** se caracterizează prin perfecţionism şi rigiditate şi se află într-o continuă căutare a perfecţiunii. Un astfel de pacient insistă, uneori într-o manieră absurdă şi cu o perseverenţă surprinzătoare, ca ceilalţi să se conformeze intenţiilor lui şi induce, astfel, clinicianului sentimentul că este prins într-un sistem impenetrabil în care activitatea asociativă a pacientului este foarte săracă, deoarece este hipercontrolată. Rezultă astfel un interviu care are puţine şanse să producă informaţii noi, schimbări de perspectivă, noi posibilităţi de acţiune.

• **Personalitatea ezitantă** manifestă o teamă continuă de a fi evaluată nefavorabil şi, de aceea, manifestă, în situaţii sociale – inclusiv în situaţia de interviu – teamă, jenă, timiditate. Ea se implică cu greu în relaţii cu ceilalţi. În aceste condiţii, interviul poate fi oarecum tensionat şi cu greu ar putea avea acces la zonele intime ale personalităţii pacientului.

• **Personalitatea antisocială**. Interviul cu un subiect cu o structură antisocială se caracterizează printr-o distanţă defensivă banalizantă, asociată cu un sentiment de inautenticitate, trăit de psiholog în situaţia de interviu. Faptele pot fi relatate *stricto sensu*, cu absenţa sentimentelor de jenă şi culpabilitate, iar răspunsurile pacientului evidenţiază un univers interior gol, inafectiv, rudimentar. În cazul personalităţilor antisociale, tulburările de comportament debutează încă din copilărie sau adolescenţă cu simptome precum minciuni frecvente, furturi, vandalism, fugă de acasă.

3.4. Descriere sau interpretare ?

Manifestările psihopatologice şi entităţile observabile clinic sunt în continuă schimbare, la fel şi descrierea şi înţelegerea acestora. Disputele teoretice privind *normalitatea/anormalitatea* psihologică, evoluţia modelelor şi teoriilor din domeniul psihologiei şi psihiatriei justifică întrebarea din titlul acestui paragraf. În secţiunea dedicată interviului psihiatric am evidenţiat două tipuri de abordare : interviul centrat pe *insight*, de factură psihodinamică şi interviul centrat pe simptom ; în timp ce primul pune accent pe interpretare şi comprehensiune, al doilea, adoptând cadrul „ateoretic" al DSM-ului, îşi propune să furnizeze descrieri sistematice ale manifestărilor psihopatologice. Care abordare este de preferat ? „Este preferabilă o bună descriere care permite accesul la elementele obiective ale cazului, pentru ca apoi să le discutăm în plan clinic mai degrabă decât să ne abandonăm interpretării, desigur bogată şi deseori fecundă pentru gândire, dar şi sursă posibilă de erori, de globalizări excesive, de imprecizii şi subînţelesuri. Dimpotrivă, absenţa generării de ipoteze goleşte gândirea şi «sfrijeşte» creativitatea" se spune în Benony şi Chahraoui (1999, p. 103). Rezultă că soluţia ar fi păstrarea unei anume proporţii între descriere şi interpretare.

De cele mai multe ori – şi este bine aşa –, clinicienii aderă explicit sau implicit la un model teoretic care le orientează căutarea, organizarea informaţiilor obţinute şi înţelegerea lor. Deşi clinicianul îşi propune să fie cât mai „obiectiv" în descrierea faptelor şi interpretarea lor, aceste activităţi interferează în mod inevitabil în cadrele sale interne de referinţă, care îşi au originea în felul său de a fi în lume, de a gândi, de a simţi. În aceste condiţii, riscul apariţiei erorilor este mare. Pentru a micşora acest risc, putem să ne refugiem într-o abordare strict descriptivă, cât mai obiectivă posibil, dar rezultatul ar fi o cunoaştere seacă, săracă, incapabilă să surprindă dimensiunea istorică, dinamică a fiinţei umane. Acelaşi comportament observabil, manifestat de mai multe persoane, exprimă „istorii" diferite, este efectul unui întreg univers mai mult sau mai puţin conştient/conştientizabil şi care îi dă un anumit sens. Acest univers psihologic este reconstituit – între anumite limite – de către clinician printr-un intens travaliu interpretativ-comprehensiv. În timpul interviului, clinicianul trebuie să recepteze nu numai mesajele digitale, conţinutul semantic al cuvintelor, ci şi mesajele non-verbale. Acestea din urmă exprimă infrastructura inconştientă a comportamentului subiectului în situaţia de interviu. Ea face obiectul interpretării clinicianului. Fără interpretare rămânem superficiali, iar interpretând riscăm să ne înşelăm ! Dilema în sine evidenţiază faptul că, pentru a realiza astfel de interviuri, spontaneitatea clinicianului nu este suficientă ; ea trebuie dublată de o formare specifică.

Credem că cele două niveluri – *descriptiv* şi *comprehensiv* – sunt complementare şi necesită o integrare suplă în cadrul interviului. Nivelul comprehensiv presupune

o abordare metapsihologică a faptului psihic şi, în acest caz, conduita psihică este rezultanta mecanismelor interne aflate într-o strânsă relaţie cu întreaga istorie a individului şi cu conflictele sale intrapsihice. Dar metapsihologia, pentru a fi acceptabilă, trebuie să aibă o anume coerenţă internă, o soliditate empirică şi să fie în acord cu observaţiile clinice.

Însuşi termenul de *simptom* are la bază ideea că manifestările observabile, accesibile într-o manieră directă, sunt expresia unei realităţi mai profunde, „realitate" care, în psihologie, are de cele mai multe ori un caracter ipotetic şi este construită printr-un demers inferenţial de către psihologul-clinician.

4. Modelul psihanalitic al interviului clinic

4.1. Obiectivul general al curei psihanalitice

În conformitate cu teoria psihanalitică, terapia tulburărilor nevrotice se realizează prin explorarea unor aspecte ale istoriei individului şi prin descoperirea relaţiilor lor cauzale cu starea psihologică prezentă. Afirmaţia fundamentală a psihanalizei este aceea conform căreia simptomele prezente îşi au originea în conflicte inconştiente. Procesul terapeutic constă, în principal, în aducerea acestor conflicte la suprafaţă, în domeniul conştientului. Conflictul nevrotic este rezolvat când acele părţi ale Eului, Sinelui şi Supraeului, respinse din câmpul conştientului în timpul dezvoltării, sunt integrate. Obiectivul curei este acela de a motiva Eul să renunţe la mecanismele de apărare patologice sau să găsească altele mai adecvate. Aceste schimbări structurale ale eului sunt considerate a fi singura soluţie viabilă a conflictelor bazale şi, în acelaşi timp, garanţia unei schimbări de durată.

După studiile realizate alături de Berheim, Freud a început să-şi trateze pacienţii utilizând *metoda cathartică*. Această tehnică situează *cuvântul* în centrul dispozitivului terapeutic, deoarece *catharsis*-ul (eliberarea emoţională) era obţinut cu ajutorul cuvântului. Fiinţa umană - spune Freud - găseşte în limbaj un echivalent al actului, echivalent datorită căruia afectul poate fi descărcat, eliberat. Această metodă era în acord cu teoria propusă de Freud, conform căreia nevroza era expresia unor conflicte anterioare care nu făcuseră obiectul unei eliberări emoţionale. Dacă iniţial *catharsis*-ul era obţinut prin hipnoză, ulterior Freud a abandonat-o în favoarea *metodei asociaţiilor libere*, care stă la baza dispozitivului psihanalitic.

4.2. Structura curei psihanalitice

Cura psihanalitică nu s-a modificat prea mult de la Freud până în prezent şi continuă să se bazeze pe metoda asociaţiei libere.

Primele şedinţe au ca obiectiv principal stabilirea indicaţiei de a începe cura psihanalitică, precum şi fixarea cadrului de desfăşurare a acesteia. În vederea obţinerii elementelor necesare luării unei decizii privind începerea unei cure analitice cu pacientul care îi solicită ajutorul, analistul îşi propune în timpul primelor şedinţe:

- să asculte pacientul într-o manieră non-directivă, vorbind despre istoria tulburărilor şi problemelor sale, despre istoria vieţii sale, în general;

- să analizeze dorinţa şi capacitatea subiectului de a urma o analiză;
- să evalueze supleţea şi amploarea vieţii psihice a pacientului, aptitudinea acestuia de a verbaliza şi de a tolera situaţia de analiză care poate fi trăită ca frustrantă.

După luarea deciziei de începere a curei psihanalitice este fixat cadrul de desfăşurare a acesteia, cadru care nu mai poate face obiectul unor negocieri ulterioare. Astfel, se stabilesc următoarele:

- *durata* (rareori inferioară unui interval de 4-5 ani);
- *frecvenţa* şi *durata şedinţelor* (2-3 şedinţe pe săptămână, cu o durată între 30-45 minute fiecare);
- *poziţia pacientului* (întins pe un divan);
- *poziţia analistului* (situat în spatele pacientului).

În acest cadru, pacientului i se dă consemnul *liberei asociaţii* care reprezintă, de fapt, învăţarea libertăţii de a se exprima pe sine însuşi.

4.3. Relaţia analist - pacient

Relaţia terapeutică psihanalitică implică anumite reguli. Principala regulă care se referă la pacient este - aşa cum deja am amintit - regula *asociaţiei libere*: pacientul are drept consemn să spună, pe cât posibil, tot ceea ce-i vine în minte, fără să înlăture gândurile care i se par prosteşti, banale sau fără importanţă. Această regulă se bazează pe afirmaţia lui Freud că inconştientul conţine tendinţe spre exprimare în plan conştient, prin încercarea de a depăşi barierele Eului. Materialul psihologic produs în urma asociaţiilor libere este analizat cu ajutorul unor tehnici orientate spre obţinerea *insight*-ului precum confruntarea, clarificarea, interpretarea şi perlaborarea. Şi comportamentul analistului se conformează unor reguli specifice:

• **Tăcerea**. Tăcerea analistului trebuie să permită dezvoltarea asociaţiilor pacientului.

• **Atenţia flotantă**. Asociaţiilor libere ale pacientului - orientate de tendinţele inconştiente ale acestuia, le corespunde atenţia flotantă a psihanalistului - expresia „inconştientului expert" al terapeutului. Terapeutul nu trebuie să aibă o idee preconcepută când îşi ascultă pacientul, dar trebuie să poată să se lase surprins, să recepteze fără efort ideile, în aparenţă incongruente, suscitate de discursul acestuia.

• **Neutralitatea**. Psihanalistul nu se pronunţă asupra opiniilor pacientului; el este acolo doar pentru a înţelege şi interpreta.

• **Abstinenţa**. Această regulă are un versant îndreptat spre terapeut, iar altul spre pacient. Terapeutul trebuie să se abţină a da pacientului satisfacţiile pe care acesta le caută, pentru a evita să devină complicele nevrozei sale şi să-şi limiteze intervenţiile strict în domeniul interpretării. În anumite cazuri, psihanalistul recomandă pacientului să se abţină de la luarea unor decizii importante în cursul tratamentului, pentru a-l proteja de deciziile dificil reversibile, ce ar putea fi legate de o fază tranzitorie a tratamentului, dar, mai ales, pentru a-l obliga să verbalizeze conflictele sale pe divanul psihanalitic, în loc de a-l lăsa să acţioneze în viaţa de zi cu zi într-o manieră mai puţin

lucidă. Abstinența analistului și abstinența recomandată pacientului au ca obiect lupta împotriva „trecerii la act" (*acting out*), adică împotriva exprimării de către pacient a conflictelor sale în limbajul acțiunii. Regula abstinenței asigură o conversie forțată a conflictelor într-o formă verbală. Ipoteza care stă la baza acestei reguli afirmă că, datorită acestor măsuri de frustrare controlată, pacientul, privat de sursele sale obișnuite de satisfacții, este plasat într-o stare de dezechilibru : pe de o parte, el va trăi mai mult în analiza conflictelor pe care caută să le rezolve în mod obișnuit în viața cotidiană, pe de alta, în cura analitică însăși ; neputând obține de la analist satisfacțiile pe care acesta i le refuză, va începe să-și exprime conflictele într-un mod mai direct. Acestea vor deveni „analizabile".

• **Evitarea intervențiilor asupra anturajului pacientului**. Psihanalistul se interesează de lumea internă a pacientului, nu de anturajul său.

• **Interpretarea**. Ea este un instrument terapeutic principal al psihanalistului ; ea constă în a ajuta pacientul să perceapă originea reală a sentimentelor sale, a temerilor sau inhibițiilor lui (când pacientul ajunge să relaționeze temerile sale din trecut, nu se mai teme de prezent). Interpretarea trebuie să țină seama de capacitatea de elaborare a pacientului și să nu fie „sălbatică".

Aceste principii stau la baza a ceea ce s-ar putea numi intersubiectivitatea relației terapeutice și determină procesul psihanalitic. În timpul tratamentului, relația terapeutică însăși devine obiect al analizei. S-a afirmat că pacienții nevrotici tind să manifeste reacții transferențiale în care ei se raportează la obiecte inconștiente - în acest caz, terapeutul -, spre care orientează impulsurile lor libidinale sau agresive. Aceasta înseamnă că pacienții tind să retrăiască relațiile trecute în cadrul tratamentului, într-un efort de căutare a gratificației. Astfel de „repetări ale trecutului" în relație cu terapeutul pot conduce la manifestarea unor structuri libidinale ori comportamentale (de dependență sau agresive) foarte puternice față de acesta.

Reacțiile transferențiale sunt de cea mai mare importanță și sunt stimulate de către terapeut, deoarece constituie materialul esențial ce este analizat. Reacțiile transferențiale pot fi pozitive sau negative ; primele includ reacții precum simpatia, dragostea, respectul pentru terapeut și furnizează o bază a alianței terapeutice urmând a conduce pacientul la o identificare cu atitudinea și demersul terapeutului. „Argumentele care nu au drept corolar faptul de a emana de la persoane iubite nu vor exercita nici cea mai mică influență în viața majorității oamenilor" (Freud, 1980, p. 360). Pacientul este ulterior ajutat să perceapă în mod diferit situațiile și să descopere noi modalități de funcționare. În reacțiile transferențiale negative, pacientul actualizează vechile conflicte.

„Transferul, atât în forma sa pozitivă, cât și în cea negativă, se pune în serviciul rezistenței" (Freud, *cf.* Laplanche, Pontalis, 1994, p. 440). Freud abordează în detaliu problema transferului în raport cu rezistențele. El descrie două situații opuse : *rezistența la transfer* și *rezistența prin transfer*. Rezistența la transfer se traduce prin întreruperi ale asociațiilor, tăceri prelungite etc. Rezistența prin transfer are următoarele caracteristici : „Transferul asupra persoanei analistului nu joacă rolul rezistenței decât în măsura în care el este un transfer negativ sau chiar pozitiv, compus din elemente erotice refulate" (Freud, *cf.* Gilieron, 1997, p. 24). În acest caz, continuă Freud, pacientul vrea să pună

simbolică" a trecutului în cadrul relației terapeutice asigură posibilitatea schimbării și „devine cel mai puternic dintre instrumentele terapeutice" (Freud) ; analiza și interpretarea trecutului patogen conduce la „uciderea acestuia și, cum nimeni nu poate fi ucis în lipsă, transferul asigură prezentificarea sa simbolică".

Reacțiile afective inconștiente ale terapeutului față de pacient sunt descrise ca reacții contra-transferențiale. O atitudine pozitivă a terapeutului față de pacient pare să fie o condiție necesară pentru o cură analitică cu bune rezultate. Totuși, dacă această atitudine depășește un anumit nivel critic, ea poate stimula nevoia pacientului de gratificare și dependență. Astfel, contra-transferul poate deveni un obstacol în evoluția terapiei și poate ridica chiar probleme etice. Contra-transferul pozitiv sau negativ devine pentru terapeut, în aceste condiții, o provocare personală, cu efecte asupra dezvoltării și formării sale profesionale.

Scurta trecere în revistă a fenomenelor și proceselor psihologice care se dezvoltă în cadrul relației analist-pacient demonstrează că aceasta este cel puțin la fel de importantă ca și tehnicile analizei.

4.4. Caracteristicile limbajului psihanalitic

Psihanalistul recurge la un limbaj privilegiat - el interpretează. El nu se mai exprimă pentru a comunica ceva, ci pentru a schimba pacientul. În acest fel, limbajul utilizat de analist pierde din valoarea sa *expresivă* pentru a câștiga - dacă ne putem exprima astfel - în ceea ce privește valoarea sa *efectivă*, adică în efectele pe care urmărește să le provoace la nivelul pacientului.

Interpretarea psihanalitică se situează, în general, fie în categoria limbajului rațional, fie în cea a sentimentului trăit.

Interpretarea rațională corespunde unei reconstrucții ipotetice a rezistenței, a conflictului pornind de la indicatorii oferiți de pacient și transmiterea către acesta a mecanismului astfel reconstruit. Acest act interpretativ diferă de actul comprehensiv prin faptul că el nu pretinde cunoașterea directă, empatică a unui fapt de conștiință ; el se prezintă ca produsul unui calcul rațional, fundamentat de indicatorii furnizați de pacient și de ipotezele analistului. El se situează la o anume distanță de sentimentul trăit, nu în ceea ce privește conținutul, ci forma.

Sentimentele descrise în interpretare sunt prezentate pacientului ca ipoteze care se pot face pornind de la comportamentul său, nu ca de la sentimentul trăit de analist în legătură cu ceea ce simte subiectul ; intervenția analistului va avea, de pildă, forma următoare : „s-ar putea gândi că absența dumneavoastră la ultimele două ședințe semnifică o anume respingere a analizei".

Limbajul sentimentului trăit corespunde, dimpotrivă, comprehensiunii. Prin el, terapeutul exprimă ceea ce el simte a fi sentimentul clientului, printr-un act direct de cunoaștere empatică. Această atitudine a terapeutului transmite ipoteza implicită că pentru aceeași producție a clientului există mai multe interpretări posibile, dar că el, terapeutul, exprimă acum pur și simplu ceea ce simte referitor la comportamentul pacientului. Comprehensiunea ia forma : „îmi pare că...", „cred că...", „simțiți..., încercați să spuneți...". Sentimentul trăit în momentul respectiv de către client și terapeut se prezintă ca un dat imediat, și nu ca efectul unui proces de reconstrucție rațională.

Psihanalistul, din întreaga sa gamă de limbaje şi tehnici, alege anumite tehnici privilegiate şi se ţine de ele cu rigoare. Astfel, în principiu, el nu răspunde întrebărilor, nu-şi pune el însuşi întrebări, nu dă sfaturi, nu exprimă nici opinii, nici sentimente personale (Pages, 1968). Activitatea sa se centrează cvasi-exclusiv pe interpretarea producţiei pacientului - motorul învingerii rezistenţelor. Chiar când acest principiu suferă atenuări, prin utilizarea sporadică a unor tehnici de consiliere şi informare, avem de-a face cu concesii făcute de analist, destinate să facă situaţia terapeutică mai tolerabilă pentru pacient şi să faciliteze acceptarea interpretării.

Recurgerea la un limbaj privilegiat este însoţită de un sistem de constrângeri şi interdicţii. Am amintit deja câteva, vorbind despre regula abstinenţei, regulă care are ca obiectiv principal declanşarea unei frustrări controlate, pusă şi ea în slujba interpretării. Constrângerile care alcătuiesc cadrul curei psihanalitice (între care şi fixarea structurii tratamentului) sunt o provocare continuă pentru pacient, care astfel furnizează materialul psihologic necesar interpretării.

Astfel, metoda psihanalitică pare, în mod neaşteptat, ambiguă şi contradictorie. Pe de o parte, ea favorizează dialogul spontan între analist şi pacient, libera asociere a unuia, libera atenţie flotantă a celuilalt, schimbul spontan de semnificaţii, comunicarea la nivelul inconştientului ; pe de altă parte, ea se bazează pe o constantă ruptură a dialogului de către analist, pe decizii unilaterale, pe calcul ascuns.

Dar caracterul contradictoriu al psihanalizei nu vizează doar relaţia analistului cu pacientul, ci şi relaţia analistului cu el însuşi. Analistul, pe de o parte, trebuie să dea curs liber spontaneităţii sale, să-şi relaxeze cenzurile conştiente şi să-şi lase inconştientul să „interpreteze" pentru el, dar, pe de altă parte, activitatea sa se supune unor interdicţii multiple care limitează în mod necesar spontaneitatea sa. Pentru a evita să cadă în „plasa" pacientului său şi să dezvolte „o nevroză în doi", terapeutul îşi va interzice anumite tipuri de răspuns, îşi va controla răspunsurile sale spontane, va lua distanţă raportându-se la ele şi le va converti în interpretări.

Sistemul de constrângeri şi defense la care se supune analistul îi permite să-şi afirme puterea în relaţia sa cu pacientul. Analistul întreţine „iluzia" că dispune de o putere proprie, în limitele cadrului creat de cura psihanalitică (pentru a nu-şi pierde puterea el nu se va întâlni cu pacientul decât în acest cadru !). Această putere se traduce, pe de o parte, prin sistemul de constrângeri al metodei psihanalitice, pe de alta prin limitarea formelor de expresie ale analistului la domeniul interpretării.

5. Interviul clinic non-directiv (C. Rogers)

Ideile lui C. Rogers au avut o mare influenţă în domeniul consilierii şi psihoterapiei. Adoptând o poziţie umanistă, el intră în dispută cu teoriile psihanalitice şi behavioriste şi se arată puţin interesat de nosografie şi de structura personalităţii (aşa cum fusese teoretizată până la el).

5.1. Caracteristicile relaţiei de ajutor (terapiei centrate pe client)

În lucrarea sa *La relation d'aide et la psychothérapie* (1974), C. Rogers punctează următoarele aspecte distinctive ale metodei pe care o propune :

1. Are un *scop* diferit de al celorlalte terapii. Ea este centrată asupra individului, şi nu asupra problemei ; scopul urmărit nu este rezolvarea problemei, ci ajutarea clientului să atingă o anume *maturitate* care să-l conducă la o adaptare superioară. Terapia - spune C. Rogers - nu constă în a face ceva pentru individ şi nici în a-l conduce pe acesta să facă ceva pentru el însuşi ; ea constă în a-l elibera pentru a putea să-şi desăvârşească maturizarea şi dezvoltarea normală.
2. Pune accent *pe elementul trăit*, mai degrabă pe aspectul afectiv al situaţiei decât pe aspectul intelectiv ; majoritatea inadaptărilor, a problemelor nu sunt determinate de lipsa informaţiilor ; dacă ar fi aşa, atunci problemele s-ar rezolva simplu, prin furnizarea de informaţii, dar viaţa arată că sfaturile „isteţe" nu rezolvă întotdeauna problemele.
3. Pune accentul pe *situaţia actuală* mai mult decât pe trecutul individului. Spre sfârşitul relaţiei de ajutor, trecutul ar putea fi util pentru înţelegerea genezei unui comportament, dar nu este în mod necesar important pentru atingerea obiectivelor terapeutice.

5.2. Cadrul teoretic al terapiei centrate pe client

Terapia centrată pe client are la bază un model al personalităţii care accentuează rolul deosebit al dezvoltării sau autoactualizării. Obiectivul ideal al actualizării este dezvoltarea deplină a personalităţii şi tendinţa de a evolua în direcţia maturizării. Această dezvoltare este rezultatul experienţelor personale (*self* - eu) care pot apărea doar în relaţiile cu ceilalţi. Multe experienţe au un caracter simbolic, deşi ele pot fi conştientizate.

Adaptarea psihologică se află într-o strânsă co-evoluţie cu imaginea de sine (*self-concept*). Aceasta înseamnă că toate experienţele fizice şi senzoriale ale organismului sunt asimilate la un nivel simbolic, aflat într-o relaţie congruentă cu imaginea de sine. Oamenii vor deveni din ce în ce mai securizaţi şi congruenţi, dacă în relaţiile lor cu celelalte persoane se simt acceptaţi şi înţeleşi.

Dimpotrivă, dacă o persoană trăieşte ignorarea sau neacceptarea universului său interior ori chiar lipsa de respect, acest fapt îi va afecta funcţionarea sa psihologică. Dacă un individ este continuu confruntat cu această atitudine - de exemplu la şcoală, la serviciu, acasă - atunci el va dezvolta o scăzută stimă de sine şi o imagine negativă de sine. Imaginea de sine a individului va avea, astfel, la bază, evaluarea propriilor experienţe de către ceilalţi. Deoarece evaluările celorlalţi - interiorizate de către individ - nu se află într-o relaţie necesară cu experienţa factuală a acestuia, ele vor fi exprimate din ce în ce mai intens, sub forma sentimentelor de tensiune, durere, suferinţă.

Întrucât fiecare are nevoie de o imagine pozitivă în tranzacţiile cu ceilalţi, persoana aflată în această situaţie dezvoltă ceea ce C. Rogers numeşte o *imagine pozitivă*

condiționată, prin interiorizarea unor condiții ale demnității : ea se simte demnă de respect numai în anumite condiții, în funcție de valorile impuse din exterior, valori care nu au nici o legătură cu ceea ce simte persoana cu adevărat.

Experiențele care sunt în dezacord cu aceste valori introiectate („condiții ale demnității") pot fi percepute ca amenințătoare și de aceea ele vor fi ignorate, dezavuate și respinse. Dacă acest fapt se întâmplă în mod repetat, atunci structura eului devine inflexibilă pentru a rezista acestor amenințări, ajungându-se astfel la un fel de barieră în calea dezvoltării personalității. Dezintegrarea și dezorganizarea se manifestă când persoana aflată în această stare de incongruență se confruntă cu un eveniment important („momentul adevărului"). Comportamentul dezorganizat al persoanei este expresia pendulării între direcțiile de acțiune, dictate de „condițiile demnității" impuse din exterior și cele indicate de ceea ce aceasta simte cu adevărat. Scopul terapiei centrate pe client este acela de a diminua această dezorganizare și de a depăși rezistența. Se poate ajunge la o autopercepție realistă, care va schimba structura eului și-i va mări autoacceptarea.

5.3. Atitudinile specifice terapiei centrate pe client

Deoarece relațiile interpersonale sunt considerate a fi cheia dezvoltării individului, terapia oferă o relație care este astfel structurată încât va permite actualizarea resurselor, facilitarea dezvoltării și maturizării. Rogers consideră că, pentru a-și atinge aceste obiective, relația terapeutică trebuie să se conformeze unor principii. Astfel, el descrie următoarele șase condiții care sunt *necesare și suficiente* pentru schimbarea personalității :

1. două persoane intră într-o relație semnificativă pentru fiecare dintre ele ;
2. clientul se află într-o stare de incongruență, adică vulnerabil și anxios ; el trăiește sentimentul că nu corespunde imaginii pe care o are despre sine ;
3. terapeutul furnizează clientului o relație congruentă și integrată ; adică terapeutul este el însuși congruent, cel puțin în relația cu clientul ;
4. terapeutul acordă clientului o atenție pozitivă necondiționată și acceptă toate experiențele acestuia, întrucât ele alcătuiesc persoana unică pe care o are în fața sa ;
5. terapeutul retrăiește universul interior al clientului într-o manieră empatică și încearcă să returneze către acesta experiențele astfel receptate ;
6. clientul are disponibilitatea de a accepta, cel puțin în principiu, mesajul terapeutului în legătură cu atitudinea pozitivă necondiționată a acestuia față de el și cu felul cum înțelege situația sa.

Punctele 3, 4 și 5 evidențiază principalele caracteristici terapeutice ale relației dintre terapeut și client, descrise de terapia rogersiană ca fiind condițiile *congruenței, atenției (imaginii) pozitive necondiționate și empatiei*. Relația terapeutică este înțeleasă ca o alianță activă, în care terapeutul nu are alt obiectiv decât de a stabili o relație care să satisfacă cerințele menționate. În cazul în care clienții pot accepta oferta unei relații empatice, necondiționate și congruente, ea va preciza și clarifica comportamentul acestora, precum și răspunsurile consecutive ale terapeutului. Rogers sugerează că eficiența terapeutică nu constă în construirea unei relații terapeutice eficiente, ci în efortul continuu al terapeutului de a menține această relație.

5.4. Reformularea – intervenție verbală non-directivă

Dacă principiul fundamental al terapiei centrate pe client este cel al non-directivității, atunci ce fel de *ajutor* îi oferă terapeutul clientului său ? El doar îi *reflectă* sentimentele și îi propune *reformulări* a ceea ce clientul tocmai i-a spus. Tipul de influență pe care psihologul îl exercită astfel este numit *facilitare*. Reformularea facilitează evoluția, deoarece permite conștientizarea treptată a ceea ce se produce, ea fiind un factor stimulativ (un feedback pozitiv).

A reformula înseamnă a spune cu alți termeni într-o manieră mai concisă sau mai explicită ceea ce clientul (pacientul) tocmai a exprimat. O reformulare este corect efectuată și devine eficientă doar în măsura în care întrunește acordul celui căruia îi este destinată.

A considera acordul clientului criteriul principal al validității reformulării înseamnă a-l considera pe acesta „expert" în problema sa : clientul este cea mai informată persoană în legătură cu situația pe care o trăiește. Prin urmare, el știe exact despre ce vorbește. Această concepție se situează la polul opus concepției psihanalitice, conform căreia subiectul este inconștient de adevărata natură a problemei sale. De altfel, pe această idee promovată de psihanaliză se bazează ideea atotputerniciei intuiției psihologului.

În acord cu ideea că terapeutul trebuie să adopte o atitudine pozitivă necondiționată în relația sa cu clientul – una dintre condițiile necesare ale unei terapii eficiente în concepția lui C. Rogers –, reformularea implică credința că orice comportament uman are o logică specifică și că toate reacțiile afective, comportamentale, verbale etc. au o semnificație anume, care se dezvăluie doar în cadrul universului intim al fiecăruia din noi. De aceea sarcina terapeutului este de a asculta, a înțelege și a returna clientului un mesaj care să fie expresia acestei înțelegeri. Astfel, terapeutul face din client un partener deoarece reformularea implică deopotrivă *reflexie activă* din partea terapeutului, dar și din partea clientului. Acest tip de relație are la bază încrederea în capacitatea de autocunoaștere și în puterea de autoreglare finală a omului prin el însuși.

Reamintind că o reformulare validă este cea care întrunește acordul clientului, am putea rezuma astfel consecințele imediate ale acesteia :

- terapeutul este sigur că nu a introdus în plus nimic de natură interpretativă în mesajul pe care i l-a transmis clientul ;
- cu cât clientul se recunoaște mai ușor în reformularea terapeutului, cu atât mai mult va avea sentimentul că este ascultat și înțeles și se va angaja mai activ în relația terapeutică ;
- o bună reformulare este o bună dovadă că și terapeutul însuși este activ implicat în relația terapeutică, ascultă și înțelege.

Analizând reformularea în concepția lui C. Rogers, R. Mucchielli (1994) evidențiază trei procedee principale ale acesteia, cu efecte progresive :

5.4.1. *Reformularea – reflectare*

Ea reia o secvenţă importantă a discursului ori ultimele cuvinte care sunt urmate de o pauză mai lungă. Putem astfel să evidenţiem ideile importante şi să facem o invitaţie la continuarea discursului. Procedând în acest mod, dovedim clientului că înţelegem şi gândim *împreună* cu el.

Modul cel mai simplu al acestui tip de reformulare este *răspunsul ecou.*

➲ Exemplu :

- ***Pacientul :*** *...Şi eram foarte deprimat... (pauză)*
- ***Terapeutul :*** *... Înţeleg... Eraţi foarte deprimat...*

Utilizarea lui în exces ar putea sfârşi prin a crea clientului impresia unui efort superficial de înţelegere. De aceea reformularea care utilizează *alţi termeni*, consideraţi ca echivalenţi, este superioară în măsura în care evidenţiază un efort real de înţelegere ; este vorba de solicitarea unui feedback, de verificare a unei informaţii. Terapeutul stabileşte dacă a înţeles bine sau nu : *astfel..., după dumneavoastră..., vreţi să spuneţi că..., cu alţi termeni...*

➲ Exemplu :

- ***Pacientul :*** *...Şi eram foarte deprimat... (pauză)*
- ***Terapeutul :*** *...Vreţi să spuneţi că felul cum v-a privit v-a necăjit foarte mult... ?*

Însă modul cel mai complex al acestui tip de reformulare este *reformularea-rezumat*, care îşi propune să evidenţieze, pentru client, aspectele esenţiale ale mesajului său. Există riscul ca, rezumând, să interpretăm ! De aceea, terapeutul trebuie să sublinieze aspectele esenţiale, păstrând cadrul de referinţă propus de client.

➲ Exemplu :

- ***Clientul :*** *Problema, cu acest gen de sentimente plăcute, este că mă simt nefericit pentru că ştiu că, după aceste extraordinare momente de împrospătare a forţelor, voi recădea în starea de depresie.*
- ***Terapeutul :*** *Dacă înţeleg bine, vă spuneţi că aceste reacţii tonice sunt pasagere şi acest fapt vă interzice orice satisfacţie.*

5.4.2. *Reformularea ca inversare a raportului figură-fond*

Acest procedeu îşi are originea în teoria gestaltistă şi exprimă foarte bine concepţia rogersiană privind „restructurarea câmpului". La fel ca în percepţia figurilor duble, în care, în funcţie de focalizarea atenţiei, alternativ, obiectul percepţiei devine fond, iar fondul devine obiect al percepţiei, acest tip de reformulare inversează raportul „figură-fond" al unei situaţii. Ea evidenţiază aspectele implicite ale unei propoziţii :

➲ Exemplu :

- ***Pacientul :*** *...Sunt singurul din clasă care nu face nimic bine niciodată !*

- ***Terapeutul :*** *...După părerea dvs. toţi ceilalţi reuşesc mai bine decât dumneavoastră ?*

Această intervenţie, deşi nu scoate şi nu introduce nimic nou în mesajul iniţial, provoacă clientul să-şi perceapă situaţia sub un alt unghi, să-şi precizeze sau să-şi modifice ideile. De câte ori nu se spune că nu vedem pădurea din cauza copacilor, ori copacul din cauza pădurii ! De câte ori oamenii nu rămân *prizonierii unui anumit punct de vedere*, al unui anumit aspect al situaţiei !

Apariţia bruscă a unui alt raport între elementele situaţiei poate provoca stări afective intense şi accentuează o priză de conştiinţă accentuat reflexivă asupra situaţiei. Având în vedere stările afective ce pot însoţi acest tip de reformulare şi care nu totdeauna pot fi benefice pentru evoluţia terapiei, terapeutul trebuie să aibă o atitudine şi un ton empatice.

5.4.3. *Reformularea-clarificare*

De foarte multe ori „povestea" pacientului este confuză, fără sens, neorganizată. Prin clarificare – tipul cel mai complex, dar şi cel mai dificil de reformulare – terapeutul evidenţiază şi returnează spre client sensul mesajului pe care acesta l-a emis. Mucchielli dă un bun exemplu de astfel de reformulare.

➲ Exemplu :

- ***Clientul :*** *„Cumnatul meu este un tip literalmente plin de pretenţii. După el, numai persoana lui contează. Numai el are ceva de spus. Imediat ce apare, conversaţia este monopolizată de el. Pot să urez bună seara la toată lumea şi să plec".*
- ***Terapeutul :*** *„Nodul problemei nu sunt atât aceste maniere... cât faptul că ele, într-un fel sau altul, vă deranjează, ajung să vă elimine".*

Reformularea favorizează un dialog autentic între doi actori sociali, dialog ce se desfăşoară într-un deplin respect faţă de punctul de vedere al celuilalt. Terapeutul trebuie să fie capabil să recunoască sentimentele sau semnificaţiile exprimate de client în cadrul unui discurs liber, fără constrângeri impuse de terapeut în ceea ce priveşte durata, tema dialogului etc. Ele sunt recunoscute şi acceptate ca exprimând un punct de vedere subiectiv şi tocmai acest punct de vedere trebuie înţeles ; înţelegerea acestui punct de vedere implică şi acceptarea responsabilităţii clientului referitoare la situaţia descrisă, concomitent cu păstrarea de către terapeut a unei atitudini pozitive necondiţionate asupra acestuia, care se simte astfel înţeles şi neacuzat, neevaluat.

După această scurtă trecere în revistă a tehnicilor de reformulare, putem rezuma astfel utilitatea lor (Mucchielli, 1994, p. 50). Deşi utilă, simpla reflectare este insuficientă ; ea dovedeşte centrarea atenţiei asupra clientului şi este, în calitate de oglindă, o reflexie obiectivată. În măsura în care reformularea este corectă, clientul este obligat să se recunoască în imaginea ce-i este furnizată din exterior ; acest fapt are un impact reflexiv şi-i furnizează sentimentul că este înţeles şi ascultat. Reformularea ca inversare a raportului figură-fond este, de fapt, o nouă formulare ce evidenţiază aspectele implicite ale mesajului ; ea realizează un pas înainte faţă de tehnica precedentă, deoarece dă un nou sens aceloraşi fapte subiective şi păstrează clientul în centrul acestui nou sistem de

semnificaţii. În sfârşit, reformularea-clarificare, cu ajutorul unui rezumat clar, coerent, extrage din discursul clientului aspectele experienţiale esenţiale, pe care acesta le recunoaşte ca fundamentale pentru el, deşi nu le-a formulat niciodată ca atare.

5.5. Abilităţi necesare conducerii unui interviu non-directiv

Analizând problemele specifice pe care le au consilierii/terapeuţii debutanţi (şi nu numai), Finn şi Rose (1982) realizează o foarte utilă trecere în revistă a principalelor abilităţi care trebuie puse în act cu ocazia realizării unui interviu non-directiv într-o relaţie de ajutor. Prezentăm pe scurt aceste abilităţi.

*1. **Introducerea*** – primele câteva minute ale interviului în care întâlneşti clientul şi iniţiezi conversaţia şi relaţia de ajutor.

1.1. Abilităţi: Trebuie să:
- a) te prezinţi (numele);
- b) afli numele clientului;
- c) indici scopurile şi obiectivele interviului;
- d) faci clientul să se simtă confortabil prin punerea în act a abilităţilor anterioare într-o manieră relaxată, prietenească;
- e) propui un mod deschis de a vorbi.

1.2. Greşeli: Absenţa oricăreia dintre abilităţile de mai sus.

*2. **Aşteptarea*** – comportamentul non-verbal şi verbal, care suscită interesul şi atenţia clientului.

2.1. Abilităţi:
- a) o pauză de 2 până la 5 secunde se interpune între sfârşitul unei intervenţii a clientului şi începutul unei intervenţii a consilierului;
- b) o pauză urmează după o intervenţie a consilierului, dând posibilitate clientului de a avea suficient timp pentru a-şi formula confortabil răspunsurile – în general de la 3 la 5 secunde;
- c) consilierul foloseşte o varietate de procedee verbale care încurajează, dar nu cer clientului să continue să vorbească şi nu implică acordul sau judecarea/evaluarea celor spuse;
- d) consilierul foloseşte o varietate întreagă de procedee non-verbale;
- e) consilierul menţine un contact vizual adecvat;
- f) consilierul are o voce clară, inteligibilă.

2.2. Greşeli:
- a) consilierul întrerupe conversaţia cu clientul;
- b) nu există nici o pauză între intervenţiile clientului şi cele ale consilierului;
- c) o pauză de 5 secunde sau mai lungă, apărută în orice moment al interviului, provoacă anxietăţi inutile sau disconfort;
- d) consilierul nu încurajează clientul să vorbească;
- e) procedeele folosite de consilier în mod neadecvat – fie ele verbale sau non-verbale – întrerup intervenţia clientului. Propoziţiile plate sau nedeterminate sunt exemple de procedee verbale inadecvate. Privirea fixă, lipsa contactului vizual, neastâmpărul sunt exemple de procedee non-verbale inadecvate.

*3. **Întrebările*** – o sondare al cărei scop este de a dobândi sau clarifica informaţii.

3.1. Abilităţi:
- a) majoritatea întrebărilor exploratorii sunt deschise;
- b) se pune doar o singură întrebare o dată;
- c) întrebările sunt clare şi succinte;
- d) întrebările conţin cuvinte care sunt în vocabularul clienţilor;
- e) întrebările închise sunt diseminate printre cele deschise pentru dobândirea de informaţii specifice.

3.2. Greşeli:
- a) se pun două întrebări deodată;
- b) întrebarea este o afirmaţie deghizată;
- c) sunt puse trei întrebări închise la rând;
- d) întrebarea este neclară.

*4. **Urmărirea verbală*** – un răspuns al consilierului la o intervenţie a clientului care este direct legată de ceea ce tocmai a fost spus.

4.1. Abilităţi: Consilierul trebuie:
- a) să răspundă printr-o parafrazare a conţinutului sau o reflectare a sentimentelor;
- b) să specifice deschis/clar schimbarea bruscă a subiectului (introducerea unui subiect nou în discuţie);
- c) să coreleze materialul vechi de cel nou atunci când introduce un subiect nou în discuţie sau
- d) să ceară clientului să continue discuţia, folosind încurajările deschise precum „Spune-mi mai multe despre..." sau „Ce s-a întâmplat?".

4.2. Greşeli: Consilierul...
- a) introduce un nou subiect de discuţie, fără să specifice deschis acest lucru sau fără să-l coreleze cu materialul anterior;
- b) schimbă subiectul de la tema centrală la una periferică.

*5. **Căutarea concreteţei*** – încercarea de a dobândi informaţii mai detaliate, mai specifice, legate de persoana respectivă.

5.1. Abilităţi: Consilierul...
- a) caută informaţiile detaliate, folosind întrebările: „Cum?", „Ce?", „Unde?" şi „Cât de des?";
- b) aduce discuţia abstractă, filosofică, la dimensiuni mai concrete, mai relevante pentru persoana în cauză.

5.2. Greşeli:
- a) se permite clientului să vorbească despre un subiect relevant într-o manieră impersonală;
- b) detaliile relevante nu sunt urmărite;
- c) se permite ca exprimarea clientului să rămână vagă, abstractă.

6. Raționament neevaluativ – un răspuns al consilierului fără nici o componentă evaluativă.

6.1. Abilități : Consilierul...

a) răspunde la verbalizările clientului prin întrebări sau afirmații, desemnate să exploreze sensul comportamentului sau evenimentelor ;
b) folosește confruntarea pentru a indica discrepanțele dintre sentimentele sau percepțiile clientului și cele ale consilierului.

6.2. Greșeli : Consilierul...

a) enunță o judecată morală negativă sau critică verbalizările clientului. De exemplu, consilierul poate amenința, preveni, dojeni, dăscăli, minimaliza ;
b) sfătuiește direct clientul ce să facă sau oferă o soluție, fără o explorare extensivă a problemei.

7. Reflectarea sentimentelor – abilitatea consilierului de a fi sensibil și de a transpune în cuvinte experiența subiectivă a clientului.

7.1. Abilități : Consilierul...

a) reflectă sentimentele pe care clientul încă nu le-a identificat ;
b) reflectă cu acuratețe intensitatea sentimentelor ;
c) identifică stimulii din mediu care provoacă/determină sentimentele ;
d) reflectă sentimentele subînțelese ce transpar în urma afirmațiilor făcute de client.

7.2. Greșeli : Consilierul...

a) ignoră sentimentele ;
b) etichetează/numește/identifică greșit sentimentele ;
c) etichetează/numește/identifică greșit intensitatea sentimentelor sau
d) se angajează în rezolvarea problemei fără identificarea sentimentelor.

8. Implicarea – cât timp vorbește consilierul sau clientul.

8.1. Abilități :

a) Clientul vorbește majoritatea timpului.

8.2. Greșeli :

a) Consilierul vorbește majoritatea timpului.

6. Interviul clinic în terapiile cognitiv-comportamentale (TCC)

6.1. Caracteristici generale ale relației terapeutice în TCC

Terapiile cognitiv-comportamentale reprezintă un ansamblu de tehnici bazate pe teoriile învățării și pe descoperirile psihopatologiei cognitive. Deși în acest domeniu există mai multe orientări și cadre teoretice, ele împărtășesc câteva afirmații de bază care justifică gruparea lor sub aceeași etichetă. Afirmația de bază este că toate comportamentele, adaptative sau neadaptative, sunt rezultatul unor scheme implicite. Acestea sunt mai mult sau mai puțin conștiente și înglobează structuri cognitive și sisteme de prelucrare a informațiilor. Termenul *cogniție* este oarecum vag definit, dar se referă, de cele mai multe ori, la idei, semnificații, credințe, gânduri, inferențe, expectații, afirmații, atribuiri. Se afirmă că acestea mediază comportamentul în mod direct – inclusiv manifestările emoționale – și sunt obiectivul major al schimbării terapeutice.

Spre deosebire de relația terapeutică dezvoltată de celelalte terapii, unde predomină caracterul non-directiv al acesteia, în cazul terapiilor cognitiv-comportamentale avem de-a face cu o *relație directivă* ; de fapt, mai potrivit ar fi termenul de *relație de ghidare*, deoarece terapeutul ajută pacientul să ia anumite decizii, nu ia decizii în locul lui.

Dacă în psihanaliză terapeutul își propune să fie o „oglindă perfectă", care să-i ofere pacientului o imagine ce conține în egală măsură lumini și umbre, iar în terapia rogersiană terapeutul dorește să fie și el o oglindă ce oferă pacientului „o imagine pozitivă necondiționată", în terapia cognitiv-comportamentală terapeutul are un rol mai activ, directiv, care implică în egală măsură procese precum : orientare, ghidare, colaborare, parteneriat. Putem sintetiza rolul și atitudinea terapeutului în terapia cognitiv-comportamentală astfel :

1. culege datele și efectuează analiza funcțională a comportamentelor ;
2. explică, informează, dedramatizează ;
3. definește simptomul-țintă, identifică factorii de menținere și cercetează beneficiile secundare ale acestuia ;
4. alege strategia terapeutică ;
5. stimulează motivația de participare la terapie a pacientului ;
6. aplică tehnica terapeutică ;
7. pune capăt relației terapeutice (conform contractului terapeutic).

Nu ne propunem să analizăm toate aceste dimensiuni ale relației terapeutice, deoarece o astfel de analiză ar ajunge inevitabil la discutarea unor detalii tehnice, care ne-ar îndepărta de obiectivul pe care îl avem în vedere. Menționăm totuși câteva considerații asupra acțiunilor menționate mai sus la punctul 2.

Terapeutul furnizează, în principal, explicații asupra dobândirii răspunsurilor și comportamentelor inadaptate, asupra menținerii acestora, precum și asupra tehnicilor terapeutice ce pot fi utilizate pentru schimbarea lor. El răspunde astfel așteptărilor clienților care doresc să înțeleagă, să fie securizați cu privire la viitor și să fie deculpabilizați. Explicațiile terapeutului au un rol important în crearea unei alianțe active între acesta și pacient. Ele reiau într-un limbaj coerent, comprehensibil, experiențele emoționale și comportamentale trăite, până atunci, ca iraționale ; de asemenea, explicațiile permit numirea acestor experiențe, evidențierea unor relații cauzale, fapt ce are consecințe asupra nivelului general al anxietății, deoarece până atunci ele fuseseră trăite ca invadatoare și indefinibile. Astfel, explicațiile pot stimula, la pacient, sentimentul controlului ; favorizează intrarea în terapie și cresc încrederea în terapeut. Se trece, în acest mod, de la *a suferi* la *a acționa*, ajungându-se la o relație de parteneriat între pacient și terapeut.

6.2. Interviul de evaluare cognitiv-comportamentală

Interacţiunea verbală între terapeut şi pacient are în TCC un rol la fel de important ca şi în celelalte terapii. A aborda acum toate aspectele acestei interacţiuni înseamnă a intra în detalii tehnice care se cuvine să fie incluse mai degrabă într-un manual de psihoterapie, decât într-o lucrare referitoare la interviul clinic. Prin urmare nu ne vom ocupa de tehnici specifice precum decondiţionarea, desensibilizarea, restructurarea cognitivă etc.

Considerăm că este util să ne centrăm pe interviul de evaluare cognitiv-comportamentală deoarece acesta se înscrie în obiectivul nostru general – utilizarea interviului pentru producerea de informaţii necesare evaluării, cercetării şi intervenţiei.

Interviul de evaluare are un rol important în demararea procesului terapeutic. În mod frecvent pacientul prezintă o arie problematică nediferenţiată. Terapeutul ajută la clarificarea şi diferenţierea problemelor, reducând astfel dificultăţile la proporţii abordabile, fapt cu importante consecinţe asupra implicării pacientului în procesul terapeutic, care începe să creadă că schimbarea este posibilă.

Procesul evaluativ se va centra pe ceea ce poate fi schimbat şi pe formarea unor aşteptări rezonabile în legătură cu terapia. În timpul evaluării, pacientul ajunge la o imagine diferită despre problemele sale: unele modificări comportamentale pot fi anticipate – cunoscându-le cauzele – şi, prin urmare, pot fi controlate. O funcţie importantă a evaluării este şi aceea de a stabili dacă se impune vreo măsură de urgenţă (de pildă, în ce măsură există riscul unui comportament suicidal la un pacient depresiv).

În afara interviului, TCC utilizează şi alte metode de evaluare: autoobservarea, completarea de chestionare şi rapoarte, obţinerea de informaţii de la persoanele apropiate pacientului, observarea directă a comportamentului în mediul clinic etc.

Interviul de evaluare cognitiv-comportamentală este, în general, un interviu semistructurat şi implică din partea terapeutului atitudini şi comportamente specifice abordării clinice, aşa cum au fost ele prezentate în secţiunile anterioare.

Vom prezenta în continuare ghidul de interviu de evaluare cognitiv-comportamentală propus de J. Kirk (1991). (Vezi figura nr. 1.)

Ghidul de interviu de evaluare cognitiv-comportamentală (J. Kirk)

1. Scurtă descriere a problemei
2. Dezvoltare:
   - factori precipitanţi
   - evoluţie în timp
   - factori predispozanţi
3. Descrierea problemei în termeni:
   - comportamentali
   - cognitivi
   - afectivi
   - fiziologici

   Ce? Când? Unde? Cât de des? Cu cine? Cât de stresant? Cât de brusc?

Ghidul de interviu de evaluare cognitiv-comportamentală (J. Kirk)

4. Variabile de context şi modulatorii:
   - situaţionale
   - comportamentale
   - cognitive
   - afective
   - interpersonale
   - fiziologice
5. Factori de menţinere:
   - situaţionali
   - comportamentali
   - cognitivi
   - afectivi
   - interpersonali
   - fiziologici
6. Comportamente de evitare
7. Resurse de adaptare şi control, alte resurse
8. Istoria medicală şi psihiatrică
9. Tratamente anterioare:
   - răspuns
   - medicaţie curentă
10. Credinţe despre problemă
11. Angajare, motivaţie
12. Situaţie psihosocială:
    - familie
    - relaţii psihosexuale
    - condiţii de locuit
    - ocupaţie
    - relaţii sociale
    - pasiuni, interese
13. Formularea preliminară a evaluării în termeni cognitivi comportamentali

Figura nr. 1. Ghidul de interviu de evaluare cognitiv-comportamentală (*cf.* J. Kirk, 1991)

În cele ce urmează, vom expune câteva consideraţii referitoare la punctele principale ale acestui ghid de interviu.

1. Etapa iniţială. Scurtă descriere a problemei. Ascultarea activă a pacientului favorizează încă din primele momente stabilirea unei bune relaţii terapeutice. De cele mai multe ori, pacienţii îşi planifică, din timp, ceea ce au de gând să spună terapeutului; a nu-i asculta înseamnă a le induce anumite frustrări şi a le da un semnal negativ privind capacitatea noastră de a-i înţelege. Este posibil ca pacientul să ne dea şi informaţii inutile

în această etapă. Oricum, relatarea lui ne informează despre cadrele de referinţă interne, care dau sens problemelor lui (explicaţii cauzale, soluţii aşteptate etc.) şi care l-au determinat să se prezinte la noi.

Terapeutul rezumă şi reformulează ceea ce-i spune pacientul, dovedindu-i că a înţeles corect problema şi-l încurajează, verbal şi non-verbal, să exploreze diverse aspecte ale problemelor sale. În cazul în care pacientul are dificultăţi în descrierea problemelor sale, îi putem adresa întrebări precise : momentul apariţiei problemei, împrejurări, simptome, schimbări în viaţa lui de când a apărut problema, soluţii încercate până în prezent etc.

În această etapă, care durează 5-10 minute, este necesară doar o schiţă generală a problemei. Terapeutul reţine informaţii despre antecedentele posibile şi factorii de menţinere, pentru a le utiliza mai târziu în interviu. Este util să se furnizeze pacientului un rezumat al problemei şi să se obţină un feedback privind corectitudinea lui. Când sunt prezentate mai multe probleme, terapeutul şi pacientul vor colabora pentru a stabili asupra căreia dintre ele se va centra iniţial intervenţia.

2. Dezvoltarea problemei. Deoarece incursiunea în trecutul pacientului se realizează doar pe dimensiunile relevante pentru problema abordată, această etapă este mult mai scurtă decât în alte terapii.

Debutul problemei poate fi uşor de determinat - de pildă, fobia de a conduce automobilul, determinată de un accident - sau, dimpotrivă, pacientul a conştientizat gradual că are anumite probleme (de pildă, neînţelegeri repetate la serviciu pentru a ajunge la concluzia că are dificultăţi de stabilire a unor relaţii ierarhice). În acest din urmă caz este utilă trecerea în revistă a unor evenimente tipice de viaţă : boală, moartea unor persoane apropiate, ruperea unor relaţii, mutatul în altă casă sau în altă localitate etc.

Cu privire la *evoluţia problemei*, trebuie să ne întrebăm : *problema a evoluat constant, s-a agravat, a avut fluctuaţii* ? ; *de ce solicită tocmai acum ajutor* ? (motivul solicitării ajutorului poate să evidenţieze informaţii deosebit de utile). Pentru înţelegerea evoluţiei problemei şi stabilirea unor eventuale relaţii cauzale, este utilă punerea într-o relaţie cronologică a momentelor principale în evoluţia problemei cu principalele evenimente din viaţa individului. Uneori, este util să evidenţiem faptul că evenimentele care au declanşat problema nu mai există, aceasta fiind întreţinută de alţi factori. Întrebări de forma : „Ce anume a fost dificil pentru tine în situaţia respectivă ? ", „Cum ai reuşit să rămâi calm într-o astfel de situaţie ? " pot produce informaţii suplimentare utile.

Factorii predispozanţi trebuie căutaţi în istoria familială, în caracteristicile de personalitate - de pildă, labilitatea emoţională -, atitudinile unor persoane semnificative din jurul pacientului (de pildă, atitudinea părinţilor faţă de sex ar putea influenţa apariţia frigidităţii etc.).

3. Descrierea problemei sau analiza funcţională. Scopul acestei etape este acela de a găsi răspunsuri la următoarele întrebări : „Cum se menţine problema ? ", „Care este locul problemei în viaţa pacientului ? ", „Care este utilitatea problemei pentru pacient ? ".

Fiecare problemă poate fi descrisă în termenii a ceea ce O'Leary şi Wilson (1975) au numit A - B - Cs, respectiv Antecedente - Comportamente/Credinţe - Consecinţe. Fiecare din aceşti factori creşte sau descreşte probabilitatea apariţiei problemei. Schimbarea terapeutică poate fi declanşată prin intervenţii fie la nivelul antecedentelor, fie la nivelul comportamentelor şi consecinţelor, fie la cel al consecinţelor. Vom prezenta, mai târziu, câteva modele de analiză funcţională care utilizează în principal acest tip de raţionament.

Interviul pe care îl prezentăm acum pune accent mai degrabă asupra analizei contextului în care se manifestă problema.

Nu întotdeauna pacientul poate realiza o descriere detaliată a problemei sale ; în acest caz este util să-l invităm să ne descrie cel mai recent eveniment-problemă. Dacă această descriere întâmpină dificultăţi, putem apela la tehnica imageriei mentale - pacientul închide ochii, îşi imaginează scena trăită şi ne descrie evenimentul, inclusiv ce a simţit şi a gândit. Pentru fiecare problemă, terapeutul trebuie să ajungă la o imagine clară privind : natura problemei (când, unde, cât de des şi cu cine se manifestă) ; cât de stresantă este, cât de brusc se instalează.

4. Variabile de context şi modulatorii. Evaluarea variabilelor de context este necesară pentru că planul de tratament include deseori influenţarea contextelor în care problema apare (de pildă - fumatul *numai* la cafea ; creşterea senzaţiei de foame - pentru bulimici - când trec pe lângă un restaurant sau când intră în bucătărie etc.). Uneori pacientul nu este conştient de aceste variabile ; în acest caz se prescrie realizarea unui jurnal pe baza autoobservării zilnice.

Întrebările terapeutului vizează în această etapă a interviului identificarea situaţiilor şi comportamentelor care pot declanşa comportamentul-simptom. Identificarea factorilor cognitivi este mai dificilă decât a celor externi (situaţionali, comportamentali), deoarece pacienţii au tendinţa de a face atribuiri externe pentru problemele lor şi, pe de altă parte, ei acordă o mică atenţie gândurilor care le trec prin minte înainte sau în timpul situaţiei-problemă. Identificarea gândurilor disfuncţionale este un moment important în orice terapie cognitivă.

Alţi pacienţi sunt pe deplin conştienţi de faptul că gândurile lor joacă un rol major în apariţia simptomului, se blamează, dar consideră situaţia lor fără speranţă. În acest caz putem evidenţia posibilitatea realizării unui anume control asupra simptomului, din moment ce cunoaştem cauza lui.

Stările afective pot favoriza, şi ele, apariţia simptomului. Depresia şi anxietatea sunt cele mai frecvente, dar şi alte stări precum iritabilitatea, excitarea, veselia pot fi relevante. De pildă, frigiditatea se poate manifesta mai intens în stări de depresie ; în acest caz terapia va viza diminuarea stărilor depresive.

Relaţiile interpersonale, comportamentul membrilor familiei şi al altor persoane semnificative pot avea un efect notabil asupra problemei. De pildă, criticismul exagerat al unei persoane apropiate poate accentua apariţia ticurilor sau a unor ritualuri obsesive, după cum prezenţa unui copil poate facilita un răspuns controlat din partea unui adult fobic. Credinţele membrilor familiei privind natura bolii (*fizică/psihică*, *curabilă/incurabilă* etc.) sunt deosebit de importante pentru desfăşurarea terapiei.

Şi factorii fiziologici sunt elemente importante ale contextului în care se manifestă problema. De pildă, palpitaţiile pot creşte anxietatea unui pacient centrat asupra funcţionării cardiace, iar hiperventilaţia, respiraţia în exces, declanşează o serie de manifestări fiziologice cu un impact deosebit asupra trăirilor anxioase. Există şi factori fiziologici generali care pot fi puşi în relaţie cu comportamentul-simptom : oboseala, fazele ciclului menstrual, consumul de cafea sau alcool etc.

Terapeutul trebuie să ştie permanent că identificarea indicatorilor menţionaţi este utilă doar în măsura în care obţine un feedback pozitiv din partea pacientului privind natura şi rolul lor în manifestarea simptomelor. În caz contrar, pacientul nu va adera la

nici un program terapeutic care își propune să influențeze factori care, pentru el, nu au nici o relevanță în raport cu problema sa.

*5. **Factori de menținere***. Interviul trebuie să se focalizeze asupra consecințelor imediate ale problemei comportamentale. Teoriile învățării care fundamentează intervențiile cognitiv-comportamentale au evidențiat, într-o manieră indubitabilă, faptul că orice comportament urmat de consecințe neplăcute are o mai mică probabilitate de a se repeta, în timp ce comportamentele urmate de evenimente plăcute au o mai mare probabilitate de a se manifesta în viitor. Consecințele care mențin problema trebuie identificate în domenii deja menționate în schema inițială: situațional, comportamental, cognitiv, afectiv, interpersonal și fiziologic. Consecințele imediate sunt mult mai importante decât cele îndepărtate, deoarece au un afect motivațional mult mai mare asupra individului.

*6. **Evitarea***. Evitarea și, implicit, scăderea în intensitate a unor emoții stresante este, frecvent, unul din efectele imediate ale problemei comportamentale și, deseori, cel mai important factor de menținere. Multe planuri de tratament vor include etape de depășire a evitării și, de aceea, terapeutul va solicita o descriere detaliată a ceea ce este evitat. Discutarea *evitării pasive* poate fi începută cu o întrebare generală de forma: „Ce lucruri ați încetat să mai faceți, ce locuri ați încetat să mai vizitați din cauza problemei?". *Evitarea activă* poate fi abordată prin întrebări de tipul: „Sunt lucruri pe care ați încetat să le faceți sau le faceți altfel din cauza problemei?" sau „Ce ați înceta să mai faceți dacă problema ar dispărea?".

Dacă problema este cronică, pacientul poate să nu mai conștientizeze evitarea. În astfel de cazuri, întrebările utile pot lua forma următoare: „Cum *altfel* ar fi viața dumneavoastră dacă nu ar exista problema?" sau „Într-o lume ideală, unde problema dumneavoastră nu ar mai exista, ce anume ați face din ceea ce nu puteți face acum?".

Uneori pacienții ajung la *evitări subtile*; de pildă, o persoană cu sociofobie nu evită contactul cu ceilalți, dar evită contactul vizual.

Consecințele îndepărtate pot fi abordate dacă felul în care pacientul descrie evitările sale ne conduce la ideea că problema prezentată ar putea fi parte a unei dificultăți generale. În acest caz putem întreba: „Există vreo modalitate generală în care viața dumneavoastră s-ar schimba dacă nu veți mai avea mult timp această problemă?". Răspunsurile obținute ar putea să ne conducă la obiective mai îndepărtate, în plan personal, familial, profesional (de natură psihologico-afectivă, comportamentală, materială, interpersonală etc.). Aceste informații trebuie avute în vedere în momentul formulării preliminare a problemei.

*7. **Resurse de adaptare și control, alte resurse***. Fiecare persoană își rezolvă problemele în felul său, iar în strategia adoptată apelul la resursele proprii sau ale persoanelor apropiate variază de la persoană la persoană. Este util ca terapeutul să identifice cum anume s-a descurcat pacientul în situații similare – pentru a evidenția orice capacitate demonstrabilă de autocontrol și deprinderile concrete care au fost utilizate. Întrebări de forma: „Aș fi interesat să știu ce faci pentru a te ajuta să-ți controlezi problema, chiar dacă aceasta are un efect foarte mic. Puteți să-mi spuneți ce lucruri ați găsit utile pentru dumneavoastră?".

Interviul poate viza identificarea atât a resurselor din mediul socio-profesional și familial (de pildă, sprijinul soțului/soției, un serviciu care îi oferă satisfacții, posesia unui automobil care-i favorizează deplasările rapide etc.), cât și a resurselor personale

care pot favoriza schimbarea (sensibilitate, bună capacitate de învățare, stabilitate etc.), dar și a altor capacități precum simțul umorului, voința de a tolera disconfortul, perseverența etc.

*8, 9. **Istoria medicală și psihiatrică anterioară***. Descrierea unor episoade similare, atitudinea pacientului cu privire la felul în care s-a adaptat la acestea, tratamentele urmate, gradul de complianță la tratament și efectele acestuia sunt deosebit de utile pentru stabilirea strategiei terapeutice prezente. Amintim, cu această ocazie, necesitatea de a evita „terenul minat al soluțiilor deja încercate" (Watzlawick) atunci când proiectăm noua strategie terapeutică.

*10. **Credințe despre problemă și tratament***. Există o mică șansă ca pacientul să se angajeze în terapie dacă demersul pe care terapeutul îl propune nu este congruent cu credințele lui despre natura problemei. Este important ca terapeutul să afle cum a ajuns pacientul la el: credințele celui care a orientat pacientul spre psihoterapie pot influența atitudinile, motivația, credințele pacientului. Este trimis de un alt pacient care a urmat cu succes o psihoterapie, este trimis de un medic sau de persoane apropiate lui?

*11. **Angajarea în tratament***. Majoritatea terapiilor cognitiv-comportamentale necesită un nivel crescut de implicare din partea pacientului; sarcinile privind automonitorizarea și completarea unui jurnal zilnic, aplicarea sistematică a unor tehnici nu pot fi duse la bun sfârșit fără o motivație deosebită din partea pacientului. De aceea terapeutul trebuie să exploreze dorința de schimbare a pacientului, să corecteze orice idee greșită despre terapie care ar putea influența ulterior implicarea acestuia în relația terapeutică. Un predictor util privind motivația de participare a pacientului la terapie este raportul dintre stresul sau dezavantajele asociate problemei și inconvenientele rezultate din participarea la terapie. Acest raport nu este stabil, el evoluează pe durata terapiei și, evident, terapia va înceta în momentul în care beneficiile terapiei vor fi mult mai mici decât investiția de timp, efort și bani realizată de pacient.

Oricât de repede progresează pacientul în rezolvarea problemelor sale, evoluția lui nu este, de foarte multe ori, atât de rapidă pe cât își dorește. Totuși, se poate întâmpla ca, după un progres rezonabil, pacientul să întrerupă aplicarea prescripțiilor terapeutice, să nu-și mai efectueze „temele pentru acasă". În cazul în care pacientul nu-și realizează „temele" pe care le are de făcut între ședințele de terapie, terapeutul trebuie să identifice cauzele acestui fapt. Pentru aceasta, terapeutul trebuie să-și pună câteva întrebări: „Tema pentru acasă a fost doar sugerată sau expusă explicit? Realizarea temei a fost verificată de fiecare dată la începutul ședinței de terapie sau nu? (dacă tema este verificată doar ocazional, pacientul o percepe ca fiind fără o prea mare importanță). Pacientul a înțeles argumentele care fundamentează necesitatea realizării temelor pentru acasă sau nu?"

Dacă tema pentru acasă a fost corect și explicit formulată, neefectuarea ei se poate datora fie faptului că pacientul nu crede în relevanța ei în raport cu obiectivele terapiei, fie nu crede în capacitatea lui de realizare a temei. În ambele cazuri, terapeutul trebuie să acționeze într-o manieră adecvată pentru corectarea acestor credințe sau pentru reformularea temei.

*12. **Situația psihosocială a pacientului***. Adoptând modelul psihiatric, medical sau psihanalitic, pacienții se așteaptă să fie invitați să povestească în detaliu despre viața lor. Terapia cognitiv-comportamentală este centrată îndeosebi pe situația prezentă și, de aceea, în general, terapeuții descurajează subtil pacienții care încep să vorbească prea

mult despre trecutul lor; alţi terapeuţi utilizează chestionare standardizate pentru obţinerea rapidă a unor date precise privind aspectele socio-demografice ale pacientului, informaţii referitoare la religie, sexualitate, sănătate, educaţie etc.

13. ***Formularea preliminară***. În acest stadiu al interviului, terapeutul trebuie să poată furniza pacientului o formulare preliminară a problemei sale. Aceasta va cuprinde, într-o manieră sintetică, o scurtă descriere a problemei, o explicaţie privind evoluţia acesteia (factori predispozanţi şi precipitanţi, resurse etc.) şi o prezentare a factorilor care favorizează menţinerea acesteia.

Este foarte important ca pacientul să nu fie supraîncărcat cu informaţii şi să i se ofere posibilitatea de a da terapeutului un feedback privind corectitudinea formulării. O regulă utilă este şi aceea ca terapeutul să folosească un vocabular accesibil pacientului şi să se exprime mai degrabă în propoziţii scurte decât în fraze lungi.

Este posibil ca formularea cu care se încheie primul interviu să evidenţieze nevoia obţinerii ulterioare de informaţii suplimentare fie prin autoobservare fie din alte surse. De asemenea, terapeutul poate amâna formularea problemei până când aceste informaţii vor fi obţinute.

Terapeutul trebuie să nu uite niciodată că această primă formulare nu este altceva decât o ipoteză de lucru care poate fi modificată în orice stadiu al terapiei, în funcţie de noile informaţii obţinute.

6.3. Tehnici specifice interviului de evaluare cognitiv-comportamentală

Interacţiunea verbală în cursul interviului cognitiv-comportamental implică atât tehnicile generale de formulare a întrebărilor, de ordonare a acestora şi de realizare a unui control adecvat al situaţiei de interviu, dar şi tehnici specifice. Vom prezenta, în continuare, tehnicile specifice interviului în TCC, aşa cum sunt ele rezumate de C. Mirabel-Sarron şi B. Riviere (1993).

• *Proceduri generale : colaborarea şi comprehensiunea reciprocă*

- terapeutul lucreează cu pacientul, adoptând un rol educativ;
- terapeutul şi pacientul îşi furnizează reciproc mesaje tip feedback;
- terapeutul solicită sugestii;
- pacientul propune sugestii sau alternative;
- terapeutul răspunde la feedbackul pacientului şi la sugestiile lui;
- terapeutul verifică periodic aspectele importante care apar în discursul pacientului: „Vreţi să spuneţi că... ?"
- terapeutul realizează periodic rezumatul aspectelor importante pentru a se asigura de existenţa unei înţelegeri corecte.

• *Stabilirea agendei şedinţei* (cu excepţia primei şedinţe):

- pacientul şi terapeutul stabilesc împreună agenda viitoarei şedinţe de terapie;
- subiectele incluse pe agendă vor fi formulate într-o manieră specifică şi se vor referi la un domeniu precis;

- agenda şedinţei va fi organizată în funcţie de priorităţi;
- agenda va fi adaptată în funcţie de timpul necesar desfăşurării şedinţei.

• *Reacţiile obţinute în timpul şedintei*:

- feedback cu privire la şedinţa precedentă.

• *Un timp terapeutic eficient structurat*:

- terapeutul va aborda majoritatea subiectelor incluse în agendă şi replanifică sarcinile neefectuate;
- terapeutul este suficient de flexibil pentru a integra elemente importante neprevăzute în agendă.

• *Centrarea asupra problemei adecvat stabilite*:

- terapeutul identifică problemele specifice care urmează să fie abordate;
- problemele alese sunt esenţiale pentru pacient;
- problema care constituie principala sursă de disconfort pentru pacient este abordată cu atenţie;
- terapeutul îşi consacră timpul unui număr de 1-2 probleme, evitând să treacă rapid prin prea multe subiecte.

• *Formularea întrebărilor şi adresarea lor*:

- terapeutul îşi orientează întrebările competent, pentru a evidenţia elementele clinice, experienţa prezentă şi trecută;
- utilizează întrebări deschise;
- utilizează la minimum întrebări închise;
- nu adresează întrebările într-un ritm rapid, lăsând suficient timp pentru reflecţie;
- utilizează exemple care ilustrează propunerile sale;
- utilizează întrebări pentru a ajuta pacientul să exploreze diferite aspecte ale unei probleme;
- utilizează întrebări pentru a evalua certitudinile şi predicţiile pacientului;
- întrebările puse permit apariţia unor soluţii diverse la problema pacientului;
- întrebările permit anticiparea consecinţelor pozitive şi negative ale unei acţiuni.

• *Terapeutul furnizează periodic pacientului formulări rezumative*:

- terapeutul reformulează cu regularitate problemele asupra cărora s-a lucrat în timpul şedinţei;
- terapeutul explică tehnicile specifice care vor fi utilizate pentru rezolvarea unei probleme anume;
- terapeutul rezumă progresele realizate în legătură cu problemele identificate.

• *Prescripţiile „temelor pentru acasă"*:

- terapeutul trece în revistă sarcinile, temele prescrise pentru săptămâna în curs.

6.4. Modele de analiză funcţională în TCC

După cum am văzut şi din prezentarea anterioară a ghidului de interviu, obiectivul principal al terapeutului este acela de a obţine informaţii care să permită elaborarea unor ipoteze privind factorii de apariţie şi menţinere a comportamentelor-problemă ale pacientului. Analiza pe care o permite un astfel de interviu este „funcţională" deoarece îşi propune să precizeze cât mai clar posibil funcţia pe care o are comportamentul-problemă în sistemul psiho-comportamental al pacientului. Analiza funcţională propune modele interactive care relaţionează comportamentul-problemă de cogniţiile şi emoţiile pacientului, ca şi de antecedentele şi consecinţele sale.

Alăturăm, în rândurile care urmează, analizei funcţionale realizate cu ajutorul ghidului de interviu deja prezentat şi alte modele de analiză.

a) Modelul SORC. Este cel mai simplu model, dar care descrie, într-o manieră evidentă, principiile de bază ale terapiei comportamentale, aşa cum au fost ele prezentate de unul dintre fondatorii săi – B.F. Skinner. (Vezi figura nr. 2.)

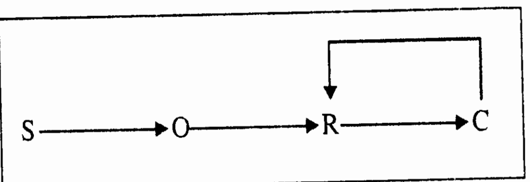


Figura nr. 2

S : stimulul ; de exemplu, pentru pacientul X, faptul de a se afla singur într-un loc public aglomerat.
O : organismul şi ceea ce se petrece în interiorul său (emoţii, cogniţii, reacţii fiziologice) ; în exemplul nostru, pacientul X trăieşte o anxietate intensă.
R : răspunsul ; pacientul X va începe să caute, într-o stare de agitaţie, o persoană cunoscută (soţul, soţia etc.) care îl securizează.
C : consecinţe ; anxietatea pacientului scade imediat ce găseşte persoana căutată, ritmul cardiac se normalizează etc.

În această situaţie, *consecinţa* (scăderea anxietăţii) va întări pozitiv *răspunsul* (căutarea unui ajutor extern), adică îi va mări frecvenţa. Această formulare îi va permite terapeutului să stabilească strategia terapeutică gândind în termenii consecinţelor : vindecarea de agorafobie ar avea drept consecinţe contacte mai scăzute cu persoana apropiată respectivă (soţ/soţie, prieten etc.), respectiv trăirea unui sentiment de abandon.

b) Modelul BASIC IDEA. Acest model a fost propus de Lazarus în 1976 şi a fost completat de Cottraux în 1985 cu ultimele două litere ale acronimului, E şi A. Iniţialele au următoarele semnificaţii :

- ***B*** pentru „behaviour" (comportament) – comportamentul observabil al pacientului, cel pentru care solicită ajutor terapeutului ;
- ***A*** pentru „afect" – emoţii precum anxietatea, tristeţea, vinovăţia etc. ;

- ***S*** pentru „senzaţii" – senzaţiile corporale, în general semnele neurovegetative ale manifestărilor depresiv-anxioase (tahicardie, ameţeli, parestezii etc.) ;
- ***I*** pentru „interpersonal" – calitatea, numărul şi stilul relaţiilor interpersonale ale pacientului ;
- ***C*** pentru „cogniţii" – aşa cum apar ele în monologul interior al pacientului („Sunt un nimeni", „Dacă voi eşua va fi o catastrofă" etc.) ;
- ***I*** pentru „imagerie" – acest item sugerează necesitatea de a explora atât imaginea mentală habituală a pacientului (de pildă, imaginea scenelor umilitoare, referitoare la insucces – la un pacient deprimat), dar şi capacitatea sa de a produce aceste imagini, fapt care va promite alegerea unor tehnici precum desensibilizarea în plan imaginar ;
- ***D*** de la „droguri" (medicamente) – terapeutul va evalua impactul pe care substanţele psihotrope terapeutice sau neterapeutice îl au asupra comportamentului pacientului (alcoolul la o persoană cu anxietate socială, antidepresivele la un pacient obsesional etc.) ;
- ***E*** pentru „expectaţii" – ceea ce aşteaptă pacientul de la terapie, aşteptările şi rezervele sale. Deoarece au un impact major asupra terapiei, ele trebuie cunoscute pentru a fi stimulate sau modificate ;
- ***A*** pentru „aşteptări" – de data aceasta este vorba despre aşteptările terapeutului : ce anume aşteaptă de la terapie ? Pentru a răspunde la această întrebare, terapeutul trebuie, pe de o parte, să evalueze problemele pacientului, iar pe de altă parte, să fixeze, în raport cu acestea, obiective terapeutice foarte clare.

c) Grila SECCA. Această grilă a fost propusă de Cottraux (1985, 1990) şi ea vizează următoarele elemente :

Tabelul nr. 1 – *Grila SECCA – analiza funcţională diacronică*
(cf. Cottraux, 1990, pp. 73-74)

Diacronie 1. Date structurale posibile : - genetice… - de personalitate… 2. Factori istorici de menţinere posibili… 3. Factori declanşatori iniţiali invocaţi… 4. Evenimente precipitante ale tulburărilor…	
Alte probleme : – – – – –	Tratamente anterioare : – – – – –

S – stimul, situaţie
C – cogniţii (gânduri, imagini mentale, sisteme de credinţe)
E – emoţie
C – comportament
A – anticipare

Această grilă cuprinde o parte sincronică (actuală), care permite analiza unei secvenţe comportamentale : situaţie – emoţie – cogniţie – comportament – anticipare şi relaţiile acestor elemente cu anturajul social al pacientului. Pe de altă parte, grila SECCA permite şi o abordare istorică a pacientului. Schemele care urmează permit o mai bună înţelegere a aspectelor sincronice şi diacronice ale analizei funcţionale realizate cu această grilă. (Vezi tabelul nr. 1 şi figura nr. 3.)

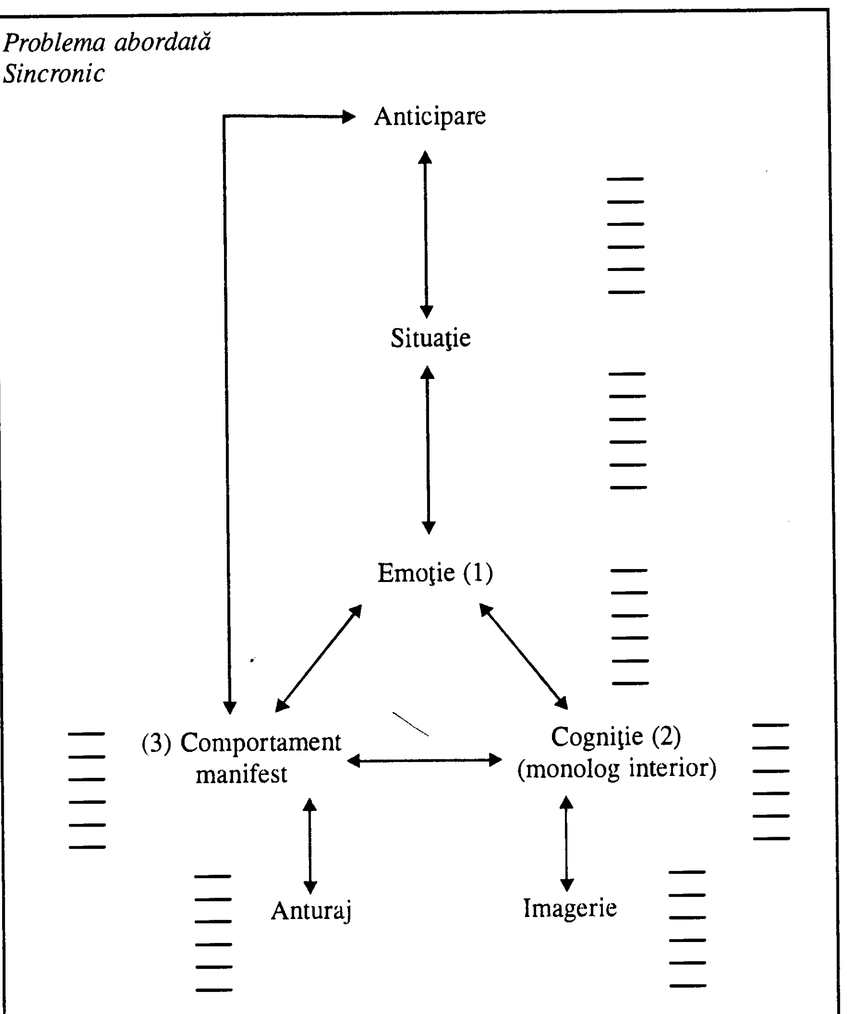


Figura nr. 3 – Grila SECCA – analiza funcţională sincronică (*cf.* Cottraux, 1990, pp. 73-74)

6.5. Caracteristicile interviului clinic destinat analizei funcţionale în TCC

O retrospectivă asupra ghidului de interviu prezentat, asupra tehnicilor de interacţiune verbală pe care acesta le implică, precum şi asupra modelelor de analiză funcţională ne permite să desprindem câteva caracteristici :

a) Caracterul directiv. Interviul este orientat spre culegerea unor informaţii precise privind comportamentele-problemă ale pacientului :

- durata comportamentului-problemă ?
- unde ?
- când ?
- cum ?
- frecvenţa ?
- cu cine sau cu ce ?
- ce anume precedă comportamentul-problemă ?
- ce anume diminuează comportamentul-problemă ?
- ce amplifică problema comportamentală ?
- ce inhibă comportamentul-problemă ?

Aceste întrebări vizează principalele relaţii între mediu şi comportament.

b) Caracterul experimental. Informaţiile solicitate au ca scop formularea unei ipoteze de lucru privind apariţia, dezvoltarea şi menţinerea problemei, precum şi strategia terapeutică. Aceste informaţii conduc la un acord privind obiectivele terapiei şi rezultatele concrete ale acesteia.

c) Căldura afectivă, ascultarea activă, toleranţa, empatia şi obiectivitatea sunt, în mod frecvent, calităţi pe care terapeutul le manifestă în situaţia de interviu.

d) Terapeutul îşi propune *să stimuleze asumarea de către pacient a unui rol activ* în raport cu problemele sale. Terapeutul precizează, cu fiecare ocazie, că acestea sunt reversibile şi stimulează la pacient un comportament asertiv, combate credinţele iraţionale, îndeosebi cele referitoare la atotputernicia trecutului asupra prezentului („Orice învăţ are şi dezvăţ ! ") şi cele cuprinse în monologurile interioare („Nu voi ajunge nicăieri ! ". „Nu valorez nimic ! ").

e) În relaţia cu pacientul, *terapeutul se centrează pe aici şi acum.* Prezentul este cel care face obiectul analizei şi intervenţiei, deşi trecutul nu este total neglijat. Se pot căuta factori declanşatori, situaţii traumatice repetitive..., dar cercetarea trecutului este strict subordonată modificării prezentului.

f) Accent pe motivaţie. Este vorba despre motivaţia ambilor actori sociali – terapeut şi pacient. Clarificarea aşteptărilor acestora are ca efecte promovarea unei atitudini active din partea pacientului, definirea unei ipoteze de lucru eficiente şi punerea în act a unui demers terapeutic într-un climat relaţional pozitiv.

7. Interviul centrat pe obiective şi soluţii – în consiliere şi psihoterapie

În mod tradiţional, terapia s-a orientat îndeosebi asupra trecutului, căutând în copilăria clientului originea simptomelor/problemelor sale actuale. După 1960, o dată cu dezvoltarea terapiei comportamentale, a gestaltterapiei şi terapiei familiale etc., centrul atenţiei terapeuţilor a devenit prezentul „aici şi acum". Se consideră din ce în ce mai evident că angajarea într-un travaliu de „arheologie psihologică" face din psihoterapie un proces lung, costisitor, speculativ şi cu rezultate incerte.

Astăzi terapia este pe cale să-şi schimbe ţinta temporală a analizei şi intervenţiei, trecând de la focalizarea asupra prezentului la centrarea pe *viitor*. Această orientare nu se interesează de felul în care au apărut simptomele, nici chiar de factorii care întreţin aceste simptome, ci se centrează îndeosebi asupra mijloacelor de rezolvare a acestora, pe obiective şi soluţii.

Terapia centrată pe soluţii şi pe viitor îşi are originile în lucrările lui Milton Erickson, echipa terapeutică a Institutului de Cercetări Mentale (Mental Research Institute – „MRI") de la Palo Alto şi echipa Centrului de Terapie Familială Scurtă (Brief Family Therapy Center), condusă de Steve de Shazer.

7.1. Principalele caracteristici ale terapiilor scurte

Nu există un acord unanim cu privire la definirea *terapiilor scurte*. Eckert (1993) definea terapia scurtă ca fiind „orice intervenţie psihologică ce îşi propune să producă o schimbare cât mai repede posibil, indiferent dacă este stabilit dinainte un termen limită sau nu". Malan (1976), din perspectiva tradiţiei psihodinamice, utilizează acest termen pentru o terapie ce cuprinde între 4 şi 50 de şedinţe, în timp ce Ryle (1991) propune un model de terapie cognitivă scurtă în 16 şedinţe. Răspunzând la o posibilă întrebare „Cât de scurtă poate fi o terapie scurtă?", o serie de autori (Talmon, 1990; Manthei, 1996 etc.) argumentează eficienţa unei terapii într-o singură şedinţă.

Deşi nu există un acord unanim privind numărul de şedinţe, există un larg consens în ceea ce priveşte principalele caracteristici ale terapiilor scurte, unele dintre acestea fiind definitorii şi pentru terapia centrată pe soluţii.

Între aceste caracteristici menţionăm (Barret-Kruse, 1994; Koss & Butcher, 1986):

- ideea că fiecare persoană posedă resursele necesare rezolvării problemelor cu care se confruntă;
- acceptarea definiţiei pe care clientul o dă problemei sale;
- formarea alianţei terapeutice cât mai repede posibil;
- succesul este atribuit clientului; terapeutul nu face altceva decât să creeze un cadru care să-i permită clientului să identifice şi să utilizeze resursele pe care le are;
- terapeutul învaţă de la client;
- evitarea angajării clientului la un efort deosebit (în caz contrar, beneficiile terapiei ar fi mai mici decât „investiţiile" clientului);

- obiectivarea, descrierea, mai degrabă decât personalizarea comportamentului clientului (în caz contrar s-ar putea ajunge la culpabilizarea acestuia);
- centrarea pe „aici şi acum";
- existenţa unor obiective clare, specifice şi tangibile în timpul disponibil;
- asumarea de către terapeut a responsabilităţii de a influenţa clientul într-o manieră evidentă, deschisă.

O parte a acestor caracteristici vor fi analizate în detaliu, cu ocazia prezentării principiilor fundamentale ale terapiei centrate pe soluţii (TCS). Acum, pentru ca cititorul să sesizeze mai bine caracterul inovativ al terapiilor scurte, vom aminti câteva din afirmaţiile fundamentale ale terapiei tradiţionale (lungi):

1. Simptomele sunt expresia unor cauze profunde; mulţi terapeuţi subscriu la ideea că majoritatea problemelor sunt determinate de cauze profunde, inaccesibile unui observator neantrenat. Problemele sau simptomele sunt percepute ca fiind doar partea vizibilă a unui aisberg psihologic; chiar termenul de „simptom" implică ideea că plângerile şi acuzele iniţiale ale persoanei nu sunt problema „reală" a persoanei, ci expresia a ceva implicit, mai profund. Metafora aisbergului este în acord cu perspectiva medicală conform căreia *bolile* se exprimă prin simptome specifice, iar a te limita doar la tratarea simptomelor s-ar putea dovedi insuficient sau chiar periculos. Această idee a fost preluată de unele şcoli psihopatologice şi psihoterapeutice. În acord cu această idee, multe terapii încearcă să rezolve dificultăţile propunând clienţilor o cunoaştere conştientă a naturii şi originii problemelor lor. Se consideră, astfel, că experienţele traumatice primare, infantile, trebuie treptat şi în întregime descoperite şi conştientizate.

2. Este cunoscută tendinţa de a afirma că *există o relaţie necesară între problemă şi soluţia sa*, că soluţia trebuie să fie oarecum asemănătoare problemei. Dacă, de exemplu, clientul are o problemă care durează de mult timp, pare normal să se considere ca şi soluţia să apară într-un interval de timp comparabil; dacă problema este complexă, atunci şi soluţia trebuie să fie la fel de complexă.

Terapiile scurte şi îndeosebi terapia centrată pe soluţii demonstrează că pacientul poate fi ajutat, fără a fi nevoie de o explorare în profunzime a problemei şi că procesul de construcţie a soluţiei poate fi separat de procesul construcţiei problemei.

3. Asociaţiile dintre evenimente sunt deseori percepute ca relaţii cauzale. Or, în domeniul deosebit de complex al psihologiei, relaţiile cauzale sunt greu, dacă nu chiar imposibil de dovedit. Astfel, în cazul unui pacient depresiv, ne putem întreba dacă depresia lui este cauzată de anumite predispoziţii genetice, de faptul că a avut o copilărie nefericită, de lipsa unor abilităţi de relaţionare socială şi a unei imagini pozitive de sine, de şomajul prelungit etc. Cum putem acţiona într-o astfel de situaţie? Asupra căror factori vom focaliza intervenţia? Cum vom şti dacă analiza şi intervenţia noastră se realizează la profunzimea necesară? Multe terapii tradiţionale văd succesiunea temporală ca o relaţie cauzală (*Post hoc, ergo propter hoc*), de aceea problemele prezente sunt considerate efecte ale trecutului, care trebuie analizat şi conştientizat, integrat şi asumat! După cum vom vedea, terapia centrată pe soluţii adoptă modelul cauzalităţii circulare, în care prezentul este determinat în egală măsură de trecut şi viitor şi evidenţiază faptul că imaginea despre viitor modelează acţiunile noastre prezente.

4. Se afirmă deseori *existenţa unei succesiuni temporale necesare a evenimentelor*. Astfel, se consideră că cineva va putea să rezolve o problemă dacă *mai întâi* ajunge la o

înţelegere completă a acesteia sau că rezultatele vor fi cu atât mai „adevărate", cu cât sunt precedate de o investigaţie psihologică „mai profundă" etc. Fără a nega importanţa înţelegerii şi *insight*-ului, adepţii terapiei centrate pe soluţie afirmă că înţelegerea nu garantează schimbarea şi că schimbarea nu garantează înţelegerea.

7.2. Principiile fundamentale ale terapiei centrate pe soluţie

Până în prezent, majoritatea terapeuţilor au dezvoltat diverse modele de intervenţie, pornind de la anumite principii sau întrebări iniţiale. Cea mai frecventă întrebare care a generat modele terapeutice a fost „*Care este cauza problemei?*". Punându-şi această întrebare, terapeuţii afirmă implicit că există o problemă bine definită şi că există o cauză a ei care poate fi descoperită şi descrisă. De asemenea, această întrebare este justificată şi de credinţa că există o relaţie între cauză şi rezolvarea problemei, respectiv înlăturarea cauzei conduce la rezolvarea problemei.

Există multe demersuri terapeutice care au la bază identificarea cauzelor: psihanaliza, behaviorismul, modelul psihiatric (care afirmă existenţa unor cauze organice) etc. Este surprinzător să constaţi că, pentru aceeaşi problemă, fiecare „descoperă" alte cauze!

În ultima vreme s-a pus o nouă întrebare: „*Cum construim soluţiile?*". Supoziţiile acestei întrebări sunt (J.L. Walter, J.E. Peller):

- că există soluţii;
- că există mai mult decât o singură soluţie;
- că soluţiile sunt construibile;
- că *noi* (terapeut şi client) putem face construcţia;
- că noi *construim* şi/sau *inventăm* soluţii, mai degrabă decât le descoperim.

Terapia centrată pe soluţie oferă un model coerent care ne permite să răspundem eficient la întrebarea „Cum construim soluţiile?". Acest demers cuprinde, în linii mari, trei etape importante:

1. Definirea mai degrabă a ceea ce clientul vrea, decât a ceea ce el nu vrea.
2. Identificarea a ceea ce merge bine, funcţionează şi dezvoltarea de comportamente orientate în această direcţie.
3. Dacă ceea ce face clientul nu conduce la soluţie, atunci trebuie făcut altceva.

Deşi simplă, la prima vedere, punerea în act a acestor etape nu este totdeauna uşoară deoarece:

- de cele mai multe ori pacientul se prezintă la terapie cu plângeri şi acuze care exprimă ceea ce *nu vrea* să i se mai întâmple mai degrabă decât ceea ce vrea;
- investigaţia clinică cu scop diagnostic îşi propune, în mod tradiţional, să evidenţieze „mecanismele psihopatologice", aspectele slabe, insuficienţa şi neputinţa clientului; educat în spiritul abordării medicale, conform căreia doar o bună cunoaştere a problemei poate conduce la o soluţie eficientă, chiar pacientul va avea tendinţa să-şi centreze discursul pe problemele lui, ignorând ceea ce merge şi funcţionează bine;

- oamenii devin uşor prizonierii „*soluţiilor care menţin problema*" (Watzlawick), care au la bază principiul multiplicării – a face mai mult din acelaşi lucru. E greu să facem ceva diferit când auzim mereu în jurul nostru: „Dacă nu ţi-a reuşit prima dată, încearcă, încearcă din nou, perseverează!". Această conduită îşi are originea, spune P. Watzlawick, în credinţa stupidă că prima idee privind soluţia care ne vine în minte este şi cea mai bună; dacă nu am reuşit, de vină este doar lipsa de efort, de implicare sau de aplicare corectă a soluţiei în practică!

Centrarea pe problemă, pe lipsuri şi puncte slabe – întrucât evidenţiază doar ceea ce nu merge şi nu funcţionează – nu ne spune nimic sau aproape nimic despre soluţie, în timp ce focalizarea pe soluţie înseamnă focalizarea pe *resurse*. De aceea mulţi terapeuţi care au adoptat modelul centrării pe soluţie afirmă că informarea despre problemă nu este necesară şi că, de fapt, ea poate fi eliminată în multe cazuri.

Practicarea terapiei şi consilierii centrate pe soluţie presupune abandonarea vechilor credinţe cultivate de terapiile centrate pe problemă, dezvoltarea unei noi „filosofii" despre oameni şi problemele lor şi abordarea lor în spiritul unor noi principii. Vom analiza, în continuare, cele mai importante dintre principiile acestui demers terapeutic.

1. Centrarea pozitivă, pe soluţie şi pe viitor, facilitează schimbarea în direcţia dorită. Clientul vine la consilier sau terapeut într-un moment dificil al existenţei sale. Decizia de a apela la un specialist pentru rezolvarea problemelor sale nu a fost o decizie uşoară: mai întâi persoana din faţa noastră a recunoscut că are o problemă, apoi, după un număr de încercări nereuşite, a recunoscut că pentru rezolvarea problemelor lui este nevoie să apeleze la un specialist. Acest fapt trebuie subliniat în faţa clientului: prezenţa la terapie implică curaj, sinceritate, capacitate de autoreflecţie, refuzul de a accepta pasiv greutăţile şi dificultăţile vieţii. Scott Peck afirma că pacienţii nu sunt persoane slabe, „în căutarea unui tutore exterior", ci „oameni care au decis să-şi ia în serios destinul, oameni hotărâţi să ducă o viaţă mai bună" (P. Traube, 2001, p. 16).

Centrarea pe problemă prezintă riscul amplificării şi perenizării problemei. Povestindu-şi toate insuccesele, dificultăţile şi renunţările sale, pacientul îşi alimentează o imagine negativă de sine, îşi diminuează sentimentul respectului de sine şi capacitatea de autocontrol. Fiecare dintre noi trăieşte nevoia unei imagini pozitive de sine în tranzacţiile cu ceilalţi (C. Rogers). Imaginaţi-vă deci ce simte un pacient când terapeutul îi cere să povestească în detaliu toate insuccesele şi neputinţele lui! Relaţia terapeutică devine puternic asimetrică, clientul „anormal" plasându-se într-o poziţie pasivă, de subordonare, în faţa terapeutului „expert" în problemele celorlalţi! Explicaţiile şi interpretările terapeutului riscă să perenizeze problema, deoarece stabilesc o relaţie necesară între mecanismele psihopatologice evidenţiate şi problemele prezente ale clientului, prezentul problematic fiind efectul necesar al unui trecut care nu mai poate fi schimbat.

Dacă se adoptă modelul centrării pe soluţie, interviul terapeutic va evidenţia resursele clientului, succesele lui, ceea ce merge bine şi funcţionează corespunzător în toată activitatea sa.

Povestindu-şi succesele, clientul dezvoltă imagini şi emoţii pozitive, iar comportamentul lui devine din ce în ce mai evident influenţat de acest univers interior pozitiv. Când, în discursul clientului referitor la viitorul lui, verbele trec de la conjunctiv

şi condiţional la indicativ este evident că el vorbeşte din interiorul acestui univers pozitiv despre soluţionarea problemei (se trece de la *„intenţionez să fac"*, *„aş face"* la *„voi face"* !).

De fapt, soluţia problemei nu este altceva decât extensia ariei de manifestare a strategiilor de succes pe care clientul le-a utilizat deja. Puneţi, de exemplu, un elev cu probleme la matematică să vă povestească cum reuşeşte să obţină succese la orice alt obiect de studiu şi veţi identifica, iar el va conştientiza ce strategie de succes trebuie să utilizeze pentru rezolvarea problemelor sale.

Centrarea pe aspectele pozitive face din client un partener, favorizează dezvoltarea unei relaţii terapeutice de tip colaborativ.

Imaginaţi-vă că părinţii ne povestesc despre problemele copilului în prezenţa acestuia. De cele mai multe ori copiii sunt aduşi la consilier sau terapeut ca „vinovaţi", iar cuvintele cu care sunt descrise problemele acestora micşorează dramatic probabilitatea stabilirii unei bune relaţii terapeutice. În astfel de situaţii, întrerup discursul părinţilor şi-i rog să-mi povestească despre succesele copilului, ce face el bine, care sunt pasiunile şi interesele lui. În primele momente copilul rămâne surprins, apoi, pe măsură ce aude din gura părinţilor cuvintele care-i descriu succesele, îşi schimbă poziţia pe scaun şi mă priveşte altfel. De cele mai multe ori copilul continuă spontan lista succeselor lui. Evident, am stabilit deja o relaţie de parteneriat. Ulterior, în cadrul unei convorbiri individuale doar cu copilul, realizez o recadrare a situaţiei, spunându-i: *„Ce crezi că-i îngrijorează cel mai mult pe părinţii tăi în legătură cu tine ?"*, *„Cum altfel te-ai putea comporta pentru ca îngrijorarea lor să diminueze ?"*.

2. *Excepţiile sugerează soluţii*. Excepţiile de la fiecare problemă sunt expresia resurselor conştiente sau inconştiente ale pacientului. Sarcina principală a terapeutului este aceea de a identifica sau de a crea împreună cu clientul excepţii de la problema acestuia. Încercând să-şi rezolve problemele, oamenii se centrează asupra lor şi sunt incapabili să sesizeze momentele în care acestea nu se manifestă. Este ca atunci când priveşti un obiect de la o foarte mică distanţă, obiectul ocupând astfel întregul ecran vizual. De aceea, unii pacienţi ar putea fi surprinşi de întrebarea: *„Există momente când problema ta nu se manifestă ?"*. Clienţilor care fac afirmaţii categorice privind permanenţa problemei le pun întrebări surprinzătoare cu scopul de a-i orienta spre identificarea excepţiilor.

➲ Exemplu:

C: *„Mă cert **tot timpul** cu soţia !"*
T: *„Şi când dormi ?"*
C: *„Evident, nu !"*
T: *„Dar când eşti la serviciu ?"*
C: *„Nu, avem locuri diferite de muncă."*
T: *„Dar când mâncaţi ?"*
C: *„Nu !..."*

Astfel, se poate constata că, de fapt, „tot timpul" nu înseamnă altceva decât câteva episoade conflictuale într-o săptămână.

Problema este redusă în acest mod la dimensiuni care dau clientului speranţa controlului lor şi, pe de altă parte, excepţiile de la problemă sugerează soluţii deoarece, în

linii mari, obiectivul terapiei este de a maximiza excepţiile de la problemă. Descoperirea, provocarea şi construirea „excepţiilor" este un proces colaborativ, dezvoltat între client şi terapeut. Prin provocarea excepţiilor de la problemă şi încurajarea manifestării acestora din ce în ce mai frecvent, terapeutul activează resursele clientului şi-i dezvoltă sentimentul de autocontrol în raport cu ceea ce iniţial părea o problemă insurmontabilă.

Chevalier (1995), Walter şi Peller (1992) fac o distincţie între *excepţiile deliberate* şi *excepţiile spontane*:

Excepţiile deliberate se manifestă când oamenii fac ceva care în mod evident influenţează problema, în sensul atenuării sau eliminării ei pe termen scurt, iar acel ceva este reproductibil. Ceea ce ei au făcut sau au încetat să facă a fost un „experiment" care a modificat situaţia problematică în sens pozitiv şi care merită să fie încercat din nou. Clienţii care provoacă aceste excepţii deliberate se află în situaţia în care, după cum spun Peller şi Walter, ei se găsesc deja în posesia soluţiei, dar vin la terapeut pentru a cere permisiunea să o folosească. Desigur, pacienţii nu trebuie să repete mecanic ceea ce a fost util la un moment dat; împrejurările se pot schimba, iar repetiţia „soluţiei" iniţiale poate fi sursa problemelor.

Excepţiile spontane sunt acele ocazii în care, din motive inexplicabile sau aflate în afara controlului conştient al clientului, problema nu se mai manifestă sau se manifestă cu intensitate scăzută. Clientul simte că aceste momente nu sunt în legătură cu ceea ce a făcut el, sau crede că ele se datorează unor circumstanţe care nu pot fi repetate. El este chiar surprins de apariţia unor astfel de excepţii. Excepţiile spontane sunt utile în strategia terapeutică deoarece, prin conştientizarea şi clarificarea mecanismelor producerii lor, se ajunge la formularea unor obiective terapeutice utile.

Istoria pacientului, aşa cum o expune el terapeutului, este „povestea sa" (*history* = *his story*). Pacientul vine la terapeut cu o „poveste" centrată pe problemă. Prin încurajarea lui, într-un proces de supraelaborare a poveştii centrate pe problemă, pacientul începe să se simtă din ce în ce mai neajutorat, se identifică el însuşi cu problema şi devine progresiv mai dependent de ceea ce terapeutul face pentru el. În terapia centrată pe soluţie, terapeutul facilitează generarea unor „poveşti alternative", centrate pe soluţii şi resurse, fapt care orientează persoana spre afirmarea unei noi identităţi. Procesul este similar cu perceperea imaginilor duble, instabile, în care figura şi fondul devin reversibile, în funcţie de felul în care le priveşti; la fel, metaforic vorbind, povestea clientului se referă iniţial doar la o parte a imaginii. Noi îl provocăm să vadă ambele părţi ale imaginii, să-şi completeze povestea cu partea care se referă la resurse!

3. *Schimbarea se manifestă tot timpul*. Nimic nu este întotdeauna la fel, lucrurile şi oamenii se schimbă mereu. Heraclit a evidenţiat acest fapt cu multe secole înainte: „Totul curge; nu poţi face baie de două ori în aceeaşi apă a râului". Dacă schimbarea este permanentă, atunci ea este inevitabilă! Şi orice schimbare poate oferi ocazia rezolvării problemei. Utilizez frecvent cu pacienţii mei metafora uşii: „mai uşor deschizi o uşă care se balansează înainte-înapoi decât una aflată într-un moment de imobilitate; este suficient să prinzi momentul în care ea se balansează în direcţia care te interesează pentru ca să o deschizi larg, împingând-o fără un efort prea mare".

În acest context, putem spune că sarcina terapeutului este aceea de a-l orienta pe client să sesizeze schimbările pozitive, să le maximizeze sau, utilizând prescripţii adecvate, să-l provoace pe client la noi schimbări comportamentale. Dacă trecutul problematic al pacientului nu mai poate fi schimbat, viitorul are un grad suficient de

nedeterminare, pentru a oferi multiple căi de a-l construi. De aceea *orice* schimbare poate fi utilizată pentru construirea unor noi aşteptări privind viitorul non-problematic, aşteptări care vor avea tendinţa să se transforme în predicţii ce se autoîmplinesc. La limită, am putea spune că nu contează dacă după prima şedinţă de terapie pacientul se simte mai bine sau mai rău, important este să se simtă *altfel* decât înainte de a veni la terapeut: „Orice schimbare poate deveni parte a construcţiei unui nou set de aşteptări, care va fi parte a procesului creării soluţiei" (Shazer, 1985, p.77). Dacă schimbarea este pozitivă atunci, evident, clientul va avea certitudinea unei terapii de succes; dacă schimbarea este negativă, atunci ea poate fi resemnificată în sens pozitiv: „deseori, pentru a face un salt mare înainte, trebuie să facem câţiva paşi înapoi".

Schimbările care apar după iniţierea terapiei sunt semnul indubitabil că terapia conţine un „principiu activ". Întrucât schimbarea este inevitabilă („...terapeutul *nu poate să nu influenţeze* procesul schimbării, deoarece observatorul influenţează pe cel observat...", Shazer, 1985, p. 69), sarcina terapeutului este aceea de a modela schimbarea în direcţia dorită. Scriind aceste rânduri mi-am amintit de afirmaţiile făcute pe un post de radio de un „specialist în medicină neconvenţională" cu câţiva ani în urmă. Acesta afirma că multe din problemele pacienţilor lui se datorau faptului că aceştia dormeau într-un pat care nu era orientat conform „vectorilor energiei terestre". De cele mai multe ori verificările la domiciliu confirmau această ipoteză şi, într-o anumită perioadă de timp, după ce schimbau poziţia patului conform indicaţiilor, mulţi dintre ei se simţeau mai bine. Desigur că nu contest faptul că mulţi începeau să se simtă mai bine. Nimeni nu poate contesta faptele, dar putem să ne îndoim de explicaţiile care le fundamentează. Evident, după schimbarea poziţiei patului, cei mai mulţi dintre pacienţi aveau două posibilităţi: să doarmă mai bine şi atunci confirmau ipoteza „specialistului", sau să doarmă mai prost şi iar confirmau ipoteza lui; el le explica faptul că trebuie să treacă un anume timp până când modificările induse de poziţia anterioară, greşită, a patului vor dispărea sub influenţa corectivă a energiei terestre bine orientată!

Din nefericire, etichetele diagnostice utilizate în psihiatrie oferă o imagine statică asupra problemelor pacientului, afectează imaginea de sine a acestuia şi blochează valorificarea resurselor existente. Un bolnav „depresiv" *nu este totdeauna depresiv*, are momente în care comportamentul său este normal, adecvat situaţiei, sau când depresia sa este pe deplin justificată de evenimentele trăite. Ori, eticheta diagnostică împiedică şi pe pacient şi pe terapeut să sesizeze acest fapt şi prescrie ambilor roluri care perpetuează simptomul. Echipa terapeutică de la Milano (Palazzoli, Cecchin, Boscolo, Prata), sesizând acest aspect, propune înlocuirea afirmaţiei „este depresiv"/ „sunt depresiv" cu expresia „se comportă *ca* un depresiv". Înlocuirea lui „a fi" cu verbe precum „arată", „pare", „devine" şi „se comportă ca şi cum" promovează credinţa (speranţa) că aceste comportamente sunt temporare şi supuse schimbării (Walter şi Peller, 1992).

4. Schimbarea mică conduce la schimbări mai mari. Acest principiu se află în strânsă relaţie cu principiul permanenţei schimbării. În faţa unui pacient „multidisfuncţional", „complex" etc., mulţi terapeuţi formulează cu prudenţă un prognostic pozitiv, gândindu-se la volumul deosebit de muncă ce trebuie investit, la dificultatea găsirii unei soluţii la fel de complexe, pe măsura problemei etc. Nici pacienţii nu au prea multe speranţe dacă li se comunică faptul că obiectivul terapiei este rezolvarea *tuturor* problemelor lor.

Afirmaţia „schimbarea mică conduce la schimbări mai mari" stă la baza strategiei de împărţire a problemelor mari în probleme mai mici şi de abordare a lor separat şi succesiv. Schimbarea terapeutică este astfel divizată în paşi mici, controlabili. Rosenbaum, Hoyt şi Talmon (1990) evidenţiază trei avantaje ale acestei abordări:

a) Diminuează presiunea exercitată de obiectivele prea mari asupra terapeutului şi clientului. A încerca din greu, a face eforturi prea intense s-ar putea dovedi a fi sursa unor probleme. Există situaţii în care este mai înţelept să faci mai puţin decât mai mult.
b) Clientul se angajează cu o mai mare probabilitate în realizarea unei schimbări mici decât în realizarea unei schimbări mari. Există totdeauna excepţii de la aceasta şi de aceea terapeutul trebuie să fie pregătit să răspundă adecvat pacienţilor, care sunt pregătiţi pentru o schimbare rapidă şi radicală.
c) Orice schimbare, chiar mică, poate alimenta speranţa şi credinţa în capacitatea de autocontrol. Stimularea speranţei şi încrederii este un element important al terapiei scurte. Clienţii care se simt depăşiţi de problemele lor şi indecişi în legătură cu schimbarea, trăiesc deseori începutul terapiei într-o manieră descurajantă. Terapia centrată pe soluţie îşi propune să găsească aspecte mici, dar semnificative, pentru iniţierea schimbării terapeutice.

5. Cooperarea este inevitabilă – nu există eşec, există feedback. Terapia centrată pe soluţie subliniază caracterul colaborativ al relaţiei terapeutice în care „clientul este expertul" (Shazer, 1985; Walter şi Peller, 1992 etc.). Încercarea terapeutului tradiţional de a construi o soluţie la problema pacientului, fără a ţine seama de aşteptările acestuia, ne aduce în minte vechiul proverb conform căruia „Drumul spre Iad este pavat numai cu intenţii bune". Terapeutul „expert", singurul posesor al „adevărului" ştiinţific în domeniul problemelor celorlalţi, devine uşor prizonierul imaginii *proprii* despre soluţie, incapabil să observe ce aşteaptă celălalt de la el. În acest context, „rezistenţa" pacientului, interpretată ca incapacitate de schimbare, refugiu în boală, determinat de beneficiile secundare ale bolii, trebuie considerată mai degrabă o metaforă ce-şi evidenţiază sensurile în cadrul de referinţă creat de teoria expectaţiei: „Trebuie ţinut minte că rezistenţa este doar o metaforă care descrie anumite comportamente în contextul terapiei şi că alte metafore pot fi mult mai utile. Rezistenţa nu este ceva concret. Relaţia dintre conceptul de rezistenţă şi conceptul cooperării poate fi văzută astfel: dacă terapeutul *alege* să considere comportamentul clienţilor ca rezistenţă, atunci încercările lor de a coopera nu pot fi văzute, din moment ce fiecare perspectivă o exclude pe cealaltă; dacă terapeutul este orientat spre un comportament cooperativ, atunci el nu va fi capabil să vadă rezistenţa" (Shazer, 1985, pp. 72-73). Situaţia este similară celei create de percepţia figurilor duble: aceeaşi realitate ne oferă imagini diferite, în funcţie de aşteptări şi perspective.

Credem că pacientul iniţiază terapia dorind să se schimbe. Dacă o soluţie nu merge, nu pacientul este rezistent; mai probabil terapeutul nu a găsit *încă* direcţia schimbării aşteptate de pacient. Această idee este bine surprinsă de Walter şi Peller: „Nu există eşec, există doar feedback" (1992, p. 40). Dacă suntem pregătiţi să receptăm comportamentul verbal şi non-verbal al clientului, atunci vom avea toate informaţiile necesare construcţiei soluţiei pe care el o aşteaptă.

6. Oamenii au resursele necesare rezolvării problemelor lor. Terapia ericksoniană subliniază ideea că fiecare persoană are resursele şi aptitudinile necesare rezolvării

problemelor sale. Adoptând o perspectivă paradoxală, M. Erickson spunea deseori pacienţilor săi în timpul transei: „Există lucruri pe care le ştiţi, dar nu ştiţi că le ştiţi. Când veţi şti ceea ce nu ştiţi că ştiţi, atunci vă veţi schimba". Acest tip de formulare provoacă pacientul să caute în el însuşi resursele necesare schimbării aşteptate. Schimbarea terapeutică este, din această perspectivă, o extensie a ceea ce pacientul ştia deja. „Terapeutul - spune J. Zeig - porneşte de la principiul că pacientul, în istoria sa, a făcut dovada unei funcţionări adecvate şi eficiente. Prin urmare, terapeutul nu trebuie să-şi propună să înveţe pacientul cum să se comporte adecvat. Mai degrabă, munca terapeutului este aceea de a ajuta pacientul să-şi deblocheze istoria constructivă adormită. Terapia devine procesul de stimulare a resurselor existente - resurse care au rămas mult timp închise" (J. Zeig, 2000, p. 144).

Perspectiva medicală, precum şi cea a psihoterapiei centrate pe problemă evidenţiază aspectele patologice, insuficienţele şi disfuncţiile responsabile de apariţia problemei. Diagnosticul clinic care rezumă cauzele problemei influenţează prognosticul - cu cât mai sever este diagnosticul, cu atât mai rezervate sunt aşteptările terapeuţilor şi clienţilor lor privind o posibilă evoluţie favorabilă a acestora din urmă. Centrarea pe aspectele patologice prezintă riscul patologizării unor comportamente normale şi al iatrogeniei. Studiul lui D. Rosenhan, „Être sain dans un environnement malade", evidenţiază bine acest proces. Aşteptările negative ale terapeuţilor şi pacienţilor au tendinţa de a se transforma în predicţii ce se autoîmplinesc. Această idee, exprimată plastic de zicala „De ce ţi-e teamă nu scapi", a fost confirmată de studii de referinţă în domeniul psihologiei (A. Rosenthal, 1967; Barber şi Silver, 1968 etc.). În aceeaşi măsură, aşteptările pozitive vor iniţia un ciclu al schimbării în direcţia dorită. Întâmplarea povestită de G. Allport ilustrează foarte bine acest fapt:

„Într-un spital provincial din Austria, un bărbat zăcea grav bolnav - era practic pe patul de moarte. Echipa medicală i-a spus acestuia, direct, că ei nu pot diagnostica boala, dar că, în cazul în care ar cunoaşte diagnosticul, ar putea, probabil, să-l vindece. În continuare, i-au spus că un diagnostician faimos va vizita curând spitalul şi că, probabil, el va reuşi să-i pună diagnosticul corect."

După câteva zile diagnosticianul a sosit şi a început consultaţia bolnavilor. Ajuns la patul bărbatului respectiv, abia privindu-l, a murmurat «Moribundus» şi a plecat.

Câţiva ani mai târziu, pacientul l-a sunat pe diagnostician şi i-a spus: „Doresc să vă mulţumesc pentru diagnostic. Cei din spital mi-au spus că, dacă dvs. îmi veţi pune un diagnostic, mă voi face bine şi, din momentul în care aţi spus „Moribundus", am ştiut că mă voi însănătoşi" (*cf.* P. Watzlawick, 1990, p. 56).

Ideea că oamenii au tot ce le trebuie pentru a-şi rezolva problemele o întâlnim şi în zicala: „Fiecare om are probleme pe măsura lui". Dar, dacă oamenii au resursele necesare rezolvării problemelor lor, de ce mai vin atunci la terapeut?! Trebuie să spunem, mai întâi, că toţi oamenii au probleme, că viaţa însăşi este o problemă! Viaţa are sens doar în măsura în care zilele se scurg una după alta, apropiindu-ne de un obiectiv plasat în viitor. Dar a avea un obiectiv în viitor înseamnă a crea o problemă în prezent - problema atingerii obiectivului. Prezentându-i clientului situaţia sa ca făcând parte din dificultăţile obişnuite ale vieţii de zi cu zi -, şi nu ca problemă psihologică sau psihopatologică -, realizăm ceea ce frecvent se numeşte „normalizare", „depatologizare".

Deşi toţi oamenii au probleme, la terapeut se prezintă doar cei care nu şi le rezolvă într-un timp rezonabil. În ciuda resurselor existente, aceştia nu-şi rezolvă problemele cel puţin din două motive:

- oamenii nu formulează corect problema; în acest caz, scopul terapiei este de a-l ajuta pe client să dezvolte alternative la formularea iniţială a problemei cu care s-a prezentat la terapeut; şi se ştie: „o problemă bine formulată este pe jumătate rezolvată!";
- oamenii devin deseori prizonierii unei singure imagini privind soluţia: „problema X se rezolvă numai aşa!". Sarcina terapeutului va fi, de această dată, stimularea clientului să dezvolte alternative la formularea iniţială a soluţiei. Dacă în matematică o problemă are mai multe soluţii, cu atât mai mult acest lucru se întâmplă în viaţă! Imaginaţi-vă un copil care învaţă că, pentru a-l obţine pe opt are nevoie de doi de patru. Dacă rămâne în acest stadiu, în situaţia când are oricare alte cifre dar nu doi de patru, el se va confrunta cu o problemă extrem de dificilă. Abia mai târziu, când copilul va învăţa că îl poate obţine pe opt dintr-o infinitate de combinaţii de cifre şi operaţii, putem spune că ştie cu adevărat matematică! La fel şi în viaţă - experienţa se exprimă prin capacitatea de a dezvolta alternative. După cum observăm, sarcina terapiei este aceea de a crea un cadru care să-l stimuleze pe client să dezvolte formulări alternative, fie în raport cu problema, fie în raport cu soluţia. Aceste alternative îi vor permite să descopere sau să utilizeze mai eficient resursele de care dispune.

Pentru a ilustra această idee, putem propune un exemplu simplu: dacă un părinte etichetează comportamentul copilului cu termenul „obrăznicie", „neascultare", atunci soluţia pe care o va utiliza va fi pedeapsa; dacă formulează altfel problemele copilului - ca „trăiri adolescentine", „tulburări de creştere" etc. -, atunci, evident soluţia va fi alta.

7.3. Caracteristicile unui scop bine definit

„Când nu ştim în ce port dorim să ancorăm, nici un vânt nu ne este prielnic!", se spune deseori. Mulţi dintre pacienţii mei se plâng de „lipsă de voinţă". Dacă definim voinţa simplu, ca „energie orientată spre scop", putem, relativ repede, să ne dăm seama că aceste persoane nu de energie duc lipsă, ci de scopuri - scopuri credibile şi realizabile într-o perioadă rezonabilă de timp.

Psihoterapia este un efort orientat către un anumit scop sau soluţie, având clientul ca expert (Walter şi Peller, 1992). Scopurile diverselor terapii variază considerabil. Din acest punct de vedere există două mari orientări terapeutice: unele terapii îşi propun „vindecarea" clientului sau dezvoltarea lui personală, altele îşi propun să ajute clientul să-şi rezolve anumite probleme sau să-şi atingă anumite scopuri.

Terapiile aparţinând primei orientări plasează responsabilitatea schimbării terapeutului „expert" (el fixează obiectivele şi mijloacele necesare atingerii acestora), în timp ce terapia centrată pe soluţie plasează această responsabilitate la celălalt pol al relaţiei, respectiv la client. În acest model, ţinta este de a ajuta clienţii să-şi definească scopurile cât mai precis posibil; ei sunt experţi în problemele lor, ştiu ce doresc să schimbe.

Deseori, dorința de schimbare a clienților se manifestă sub forma unor plângeri sau acuze care nu sunt totuși veritabile scopuri pentru o terapie eficientă. De aceea, interviul terapeutic își propune să provoace clientul la transformarea acestor acuze în scopuri care, pentru a stimula și orienta acțiunile ulterioare, trebuie să respecte anumite criterii. Aceste criterii își au originea în cercetările efectuate în domeniul programării neurolingvistice, precum și în experiența terapeuților care practică deja modelul terapiei centrate pe soluție (Shazer, Walter și Peller, O'Connell etc.).

Terapeutul are responsabilitatea de a negocia cu clientul scopuri realizabile. Atunci când urmărim scopuri nerealizabile, facem imposibil de atins și ceea ce era realizabil. Cineva mi-a povestit o întâmplare care ilustrează perfect această idee: „O doamnă grăbită intră în clădirea aeroportului, se îndreaptă spre primul ghișeu și-i spune funcționarului că ar dori un bilet pentru avionul care tocmai decola în direcția dorită. Funcționarul, format în sensul respectului față de clienți, i-a răspuns amabil că este greu să-i îndeplinească dorința, dar că își va contacta superiorii pentru a-i rezolva cererea. Doamna a rămas la ghișeu, așteptând destul timp, perioadă în care și alte avioane au mai decolat în direcția dorită de ea. Când funcționarul s-a întors, i-a spus doamnei, la fel de politicos, că îi pare rău, dar superiorii lui i-au spus că nu mai poate zbura cu avionul care decolase cu aproximativ o oră în urmă! Nici nu și-a terminat mesajul, și funcționarul s-a trezit cu geanta doamnei în cap, evident, iritată". Vă întreb, la fel cum am fost și eu întrebat: „Cine este vinovat de incidentul final: doamna, care și-a exprimat o dorință, sau funcționarul, care a acceptat să negocieze această dorință?".

1. Scopul trebuie formulat într-o manieră pozitivă, într-o formă afirmativă din punct de vedere gramatical. De foarte multe ori clienții spun mai degrabă ceea ce ei nu vor să li se mai întâmple, decât ceea ce vor: „nu mai vreau să fiu timid!", „nu mai vreau să fiu depresiv!" etc. Aceste formulări sunt centrate pe problemele persoanelor, precizează ce trebuie evitat, dar nu oferă nici o idee despre direcția în care trebuie acționat, despre ceea ce dorește de fapt clientul să obțină la sfârșitul terapiei. Formulările negative îmi amintesc de fiecare dată de situația turistului care, hotărând să facă o excursie deosebită care să-i alunge monotonia vieții de zi cu zi, s-a prezentat la o agenție specializată pentru a-și rezerva biletele de avion. Problemele au început să apară în momentul în care a trebuit să precizeze destinația excursiei sale: „ Desigur, nu doresc să merg la Moscova, Paris sau Londra...! Dacă mă gândesc mai bine, nici vreun oraș din America de Nord nu mă atrage...". După mai multe întrebări ale funcționarului de la ghișeu, turistul și-a dat seama că se află într-un impas și a hotărât să se întoarcă acasă. În noaptea următoare a visat că se afla pe un mare aeroport privind plecările succesive ale avioanelor. Dintr-o dată s-a aflat față în față cu Lindberg, primul pilot care a traversat Atlanticul, în 1927, care i s-a adresat astfel: „Avioanele pot zbura oriunde; pilotul este cel care va hotărî unde vor ateriza ele!". A doua zi și-a dat seama cât de important este să știi unde vrei să ajungi atunci când pornești într-o călătorie.

Inconștientul nostru operează doar cu afirmații, și nu cu negații. Nu este un mijloc mai bun de a aduce în mintea cuiva o imagine sau o idee decât negând-o, spunea M. Erickson. „Nu vă gândiți la o prăjitură mare!" – în urma acestei prescripții, evident în mintea noastră apare mai întâi imaginea prăjiturii, apoi declanșăm o luptă pentru eliminarea ei. Și, cu cât lupta este mai intensă, cu atât prezența opozantului se perpetuează pentru că – nu-i așa? – lupta presupune prezența ambelor părți aflate în conflict.

Când un pacient spune „nu mai vreau să fiu depresiv!", această formulare actualizează toate situațiile în care acesta se simte astfel, insuccesele lui, lipsa de speranță etc. Pentru a-l provoca la formulări pozitive, întrebările-cheie sunt următoarele: *„**Cum altfel** te vei comporta când nu vei mai fi depresiv?", „Ce alte comportamente, activități vei face **în locul** celor pe care le practici acum?".* Răspunsurile la aceste întrebări vor descrie comportamentele care – din perspectiva clientului –, îndată ce vor fi puse în act, vor fi semnalul clar al dispariției problemei.

Descriind aceste comportamente, clienții dezvoltă imagini pozitive despre viitorul lor, creează un context favorabil acțiunilor lor. E suficient să ne amintim că un sportiv ce își imaginează acțiunile pe care urmează să le facă, activează într-o manieră inconștientă micromișcări corespunzătoare acestor acțiuni (ideomotricitate). La fel, descriind viitoarele acțiuni pozitive, clienții își planifică, într-o manieră inconștientă, comportamentul, iar viitorul astfel descris are tendința de a se transforma în „predicție ce se autoîmplinește".

2. Scopurile trebuie exprimate mai degrabă în termenii acțiunii, decât în termenii unor stări interne. Mulți oameni doresc să fie fericiți, curajoși, siguri pe ei etc. Și totuși, exprimarea unei astfel de dorințe nu ne informează deloc despre *cum* anume aceste persoane pot obține fericirea, curajul sau încrederea în ei înșiși.

De aceea, dacă o persoană timidă spune că la sfârșitul terapiei dorește să fie curajoasă și cu mai multă încredere în ea însăși, trebuie să punem următoarea întrebare: *„**Cum** anume te vei comporta când vei fi curajoasă?", „**Cum** anume, altfel decât până acum, te vei comporta când vei avea mai multă încredere în tine?".*

Aceste întrebări vor genera răspunsuri care vor descrie comportamente concrete, observabile și ușor de evaluat. Astfel, dorințele exprimate în termenii unor stări greu de observat și evaluat vor fi operaționalizate în comportamente specifice care vor jalona, asemenea unei hărți, travaliul terapeutic.

3. Scopurile trebuie formulate în termenii „aici și acum". Doar în măsura în care scopurile declanșează *imediat* acțiunile rezolutive acestea sunt, cu adevărat, eficiente. În afara unui cadru spațio-temporal adecvat, scopurile nu pot activa resursele necesare atingerii lor. Plecând din cabinetul terapeutului sau consilierului, clientul trebuie să știe ce anume trebuie să facă (și să fie capabil să facă) pentru a-și rezolva problemele. Scopurile prea îndepărtate, prin chiar faptul că sunt îndepărtate, nu dezvoltă la client sentimentul că le poate controla; în plus, cu cât sunt prea îndepărtate, cu atât imaginea despre ele este mai confuză.

Dacă un elev spune: „În următoarele zile voi lua o decizie în legătură cu examenele mele (sau privind relațiile mele cu părinții etc.)..." este aproape sigur că totdeauna vor fi găsite motive pentru amânarea deciziei. Terapeutul/consilierul nu ia decizii pentru client; el creează doar un context care declanșează procesul deciziei la client. Pentru a iniția acest proces putem pune următoarea întrebare: *„Dacă ați fi pe cale să luați o decizie acum, ce anume ați face sau ce altceva, diferit în raport cu ce ați făcut până acum, ați face?".* O întrebare cu obiective similare este: *„Părăsind cabinetul meu și fiind pe cale să-ți rezolvi problema, ce anume ai face altfel sau cum altfel te-ai adresa ție însuți?".*

Mulți elevi, gândindu-se la examenele care îi așteaptă peste câteva luni, își spun: „Voi învăța!". Fără menționarea unor termene exacte, referitoare la acțiunile specifice pe care le presupune „învățatul", a contextului în care se vor desfășura aceste acțiuni, acest angajament va influența în mică măsură comportamentul elevilor respectivi.

Necesitatea angajării *imediate* în acţiunile necesare atingerii obiectivelor este evidenţiată şi de zicala „Nu lăsa pe mâine ce poţi face azi ! ".

Dacă un pacient obez spune „În următoarea perioadă voi slăbi 10 kg", obiectivul său are puţine şanse să fie atins, deoarece nu este formulat într-o manieră „aici şi acum" ; şansele sale de a slăbi cresc dacă, de exemplu, obiectivul său va fi formulat astfel : „începând din acest moment, la fiecare masă voi mânca o felie de pâine mai puţin ! ". O astfel de formulare menţionează clar acţiunea, termenul şi contextul în care ea va fi realizată.

4. Scopurile eficiente sunt formulate cât mai specific posibil. Cu cât scopurile sunt mai specific descrise, cu atât ele orientează mai bine comportamentul clientului. E la fel ca atunci când călătorim : cu cât utilizăm o hartă care conţine mai mulţi indicatori, cu atât probabilitatea de a ajunge unde dorim este mai mare ! Imaginaţi-vă că vă aflaţi într-un oraş necunoscut şi doriţi să ajungeţi la primărie. Puteţi merge la întâmplare, sperând că una dintre străzile principale vă va conduce la primărie, sau puteţi să solicitaţi oamenilor pe care îi întâlniţi descrieri cât mai exacte ale traseului şi ale clădirii pe care vreţi să o găsiţi ; pentru că, nu-i aşa, nu veţi şti niciodată că aţi găsit ceea ce căutaţi decât dacă aveţi o imagine foarte clară a ceea ce căutaţi ! De câte ori nu auzim : „Nici nu mai ştiu cum este când este bine ! ". Implicaţia acestei afirmaţii este că acestor persoane ar putea să le fie bine, dar să nu-şi dea seama de acest fapt ! Nu vom putea oferi niciodată cuiva ceea ce îşi doreşte, dacă nu vom şti *exact* ce anume îşi doreşte, dacă nu vom avea o *descriere* cât mai specifică a ceea ce îşi doreşte. Povestea care urmează ilustrează această idee :

„A fost odată un rege puternic şi bogat căruia îi plăcea să facă cât mai mult bine posibil supuşilor şi celor apropiaţi, rudelor şi copiilor săi. Îi copleşea cu cadouri, savurând manifestările lor de recunoştinţă.

Una dintre fiicele regelui se numea Maria. Ea se deosebea mult de fraţii şi surorile sale. Se simţea deja copleşită de cadourile tatălui său. Hainele scumpe, parfumurile rare şi bijuteriile o lăsau aproape indiferentă. Ea se bucura, în schimb, de lectura poeziilor, de plimbările făcute seara sub clar de lună...

Într-o zi tatăl ei o întrebă : «Ce-ţi doreşti cu ocazia aniversării vârstei de 18 ani ? Aş dori să-ţi ofer un cadou regal ! ». Iar Maria a răspuns : «Mă copleşiţi cu atâta atenţie încât nici nu ştiu ce aş putea să vă cer». După mai multe insistenţe din partea regelui, Maria a spus : «Visul meu este aproape imposibil de îndeplinit ! ». Şi, cum tatăl ei aştepta cu nerăbdare exprimarea dorinţei, ea a continuat : «Aş dori... luna ! ».

Regele s-a întristat când a auzit această cerere. A trimis astronomul curţii să-i explice Mariei că regelui îi era imposibil să ia luna de pe cer şi să i-o ofere. Utilizând hărţile cerului şi arătându-i cât de departe este luna, astronomul s-a achitat foarte bine de sarcina sa.

Maria, indiferentă la cursul de astronomie, începuse deja să-şi reproşeze că-şi mărturisise dorinţa, iar regele regreta şi el atât insistenţele cu care solicitase fiicei sale exprimarea dorinţei, cât şi lipsa de realism a acesteia.

În timpul unor astfel de momente de frământare, bufonul curţii, care cunoştea problema, l-a privit ironic pe rege. Regele, iritat, l-a întrebat : «– Ştii cumva cum poate fi îndeplinită dorinţa Mariei ? ». «– Poate ! », i-a răspuns bufonul. «Eşti suficient de puternic pentru a găsi cadoul care o va impresiona».

În aceeaşi seară, în timp ce luna lumina splendid ferestrele camerei sale, Maria a fost vizitată de un nou ambasador al regelui. « – Descrie-mi luna pe care o doreşti şi spune-mi mărimea ei.», i-a cerut acesta. Privind pe fereastră, spre astrul preferat, Maria şi-a depărtat palmele, cuprinzând între ele o distanţă de aproximativ 20 cm. « – Bine ! Acum precizează-mi culoarea şi locul unde vei dori să o punem ! ». « –Alb, cu reflexe argintii ! Aş dori să o fixaţi deasupra comodei ! » « – În trei zile o vei avea ! », a încheiat ambasadorul. Înţelegând că este vorba de o ofertă reală, Maria a aşteptat cu nerăbdare momentul îndeplinirii dorinţei sale. După trei zile, unul din curteni i-a plasat deasupra comodei un disc de argint (de 20 cm), confecţionat în atelierele palatului, dotat cu o candelă care-l făcea să strălucească dulce !

Când Maria a alergat la tatăl său să-i mulţumească pentru marea bucurie pe care i-a făcut-o, acesta, uimit, nu putea înţelege cum un disc oarecare, chiar dacă este din argint, poate înlocui luna de pe cer. Dar bufonul, care era mult mai puţin scrântit decât părea, i-a spus : «*Dacă doriţi să faceţi o plăcere cuiva, cereţi-i să descrie ceea ce vrea şi încercaţi să priviţi acel lucru cu ochii lui. Fără îndoială, veţi găsi mijlocul de a-i satisface cererea !* »".

De câte ori nu auzim părinţi spunând : „Nu mai înţeleg nimic ! Deşi Gigel stă toată ziua cu cartea în mână, are note slabe ! ". Evident, pentru părinţi „a sta cu cartea în mână" şi a „învăţa" înseamnă acelaşi lucru. Pentru a stimula performanţa şcolară, verbul „a învăţa" trebuie operaţionalizat în acţiuni cât mai specifice : „a citi un număr de pagini, zilnic", „a face conspecte", „a face schiţe", „a reproduce textul citit, oral sau scris etc" ! . În plus, aceste acţiuni trebuie însoţite de repere orare precise.

Pentru a obţine descrieri cât mai specifice ale obiectivelor urmărite, putem utiliza mai multe tipuri de întrebări. Rămânând la exemplul anterior, aceste întrebări ar putea lua forma următoare :

„*Cine va observa primul că te-ai apucat să înveţi ?*" (părinţii, profesorii, colegii etc...).

„*Ce anume va observa fiecare ?*", „*Care va fi reacţia lor ?*"

„*Ce vei gândi în legătură cu reacţia acestora ?*" etc.

„*Ce vei simţi când ceilalţi vor observa că te-ai schimbat ?*"

„*Cum altfel vei gândi despre tine ?*".

Aceste descrieri, după cum observaţi, pot conţine, în afară de acţiuni, gânduri şi stări afective. Acestea din urmă nu sunt scopuri, ci reacţii pozitive la realizarea scopurilor. Descrierea detaliată a scopurilor favorizează transformarea acestora în predicţii ce se autoîmplinesc.

Am întrebat o pacientă care acuza tulburări depresive :

„Ce schimbări ar trebui să intervină în comportamentul dvs. pentru ca soţul şi copilul să spună «Mama se simte mai bine» ? ". Răspunsul a fost : „Dacă aş face o prăjitură în casă, acest fapt sigur ar fi ceva deosebit ! De când m-am îmbolnăvit, n-am mai făcut aşa ceva ! ". Am provocat-o apoi să-mi povestească despre prăjiturile ei, despre cât de mult le plăceau soţului şi copilului prăjiturile făcute de ea etc... La şedinţa următoare mi-a spus că, după ce a ieşit din biroul meu, a intrat într-un magazin de unde a cumpărat tot ce-i trebuia şi a făcut acasă prăjitura preferată de soţ şi de copil. A avut o săptămână deosebită !

5. Scopul trebuie formulat în domeniul controlat de client. Acest criteriu este deosebit de important. Mulţi clienţi se prezintă la consilier sau terapeut plângându-se de

comportamentul celorlalţi faţă de ei sau manifestându-şi dorinţa ca *ceilalţi* din jurul lor să se schimbe ! A accepta ca scop schimbarea comportamentului celorlalţi, a persoanelor *absente* la psihoterapie înseamnă a ne angaja într-un efort perpetuu şi fără succes.

Terapeutul îşi propune să-l ajute pe client să identifice acele comportamente - scop pe care îl *poate iniţia şi menţine*, începând chiar din momentul în care vorbeşte despre acestea. Un scop nu trebuie să depindă de ceea ce *altcineva* va face mai întâi. În cazul în care clientul doreşte să schimbe relaţia pe care o are cu cineva care nu participă la terapie şi consideră că *mai întâi* trebuie să se schimbe acea persoană, iar noi, ca terapeuţi, acceptăm acest scop - adică mai întâi să se schimbe persoana absentă - evident, terapia se angajează pe un drum închis.

Comportamentul nostru, al fiecăruia, este de cele mai multe ori un răspuns la comportamentul celorlalţi. Într-o relaţie, indiferent care persoană se schimbă, această schimbare va antrena, mai degrabă sau mai târziu, şi schimbarea celeilalte. De aceea, clientul poate fi ajutat să conştientizeze că schimbarea poate începe cu el ; de altfel, nu este rezonabil să cerem altora să facă ceea ce nu vrem să facem noi.

Din perspectivă sistemică, schimbarea oricărui element va antrena schimbări şi în alte părţi ale sistemului : dacă rotim o singură piesă a unui joc de puzzle - se va roti întreaga imagine ; dacă schimbăm o singură notă într-o melodie, obţinem o altă melodie...

În cazul unui bărbat care doreşte ca soţia sa să se schimbe, terapeutul trebuie să-l ajute să identifice comportamentele pe care le poate iniţia *el* pentru a declanşa această schimbare : „ - Cum altfel decât până acum te vei comporta *tu* când relaţia ta cu soţia va fi bună ?". „ - Îi voi povesti mai multe despre problemele mele de la serviciu..., îmi voi asuma responsabilitatea pentru unele probleme domestice, vom petrece vacanţa împreună...". Clientul va descoperi că practicând *el, mai întâi*, astfel de comportamente şi comportamentul soţiei sale se va schimba.

Aceeaşi cauzalitate circulară este valabilă şi pentru schimbarea individuală. Mulţi clienţi consideră deseori că, pentru a-l obţine pe „B" trebuie mai întâi să-l obţină pe „A" şi cum „A" nu poate fi obţinut, atunci nici „B" nu va fi realizat. De exemplu, un student poate spune că, pentru a avea „mai multe intervenţii la seminar" (B), trebuie mai întâi să aibă mai multă „încredere în sine" (A). În acest caz, clientul poate fi pus în situaţia de a conştientiza că, practicând mai întâi „B", îl poate obţine pe „A".

Este reconfortant să constaţi că întotdeauna poţi face ceva pentru tine !

6. Cele mai bune formulări ale scopului sunt cele care *utilizează cuvintele clientului*. Acest criteriu ne securizează pe noi ca terapeuţi sau consilieri, deoarece, respectându-l, putem verifica pe parcursul terapiei dacă într-adevăr lucrăm în direcţia atingerii obiectivelor clientului. Deoarece clientul este „expert" în problema sa, el ştie, de asemenea, care sunt soluţiile care ar putea să-i rezolve problema. Desigur, interviul terapeutic ar putea să-l conducă pe client la reformularea obiectivelor iniţiale, dar, de fiecare dată, noile formulări trebuie făcute în limbajul clientului.

Atunci când terapia bate pasul pe loc, când clientul este din ce în ce mai puţin motivat pentru realizarea prescripţiilor terapeutice, trebuie să ne întrebăm dacă nu cumva acestea se datorează faptului că terapia urmăreşte mai degrabă obiectivele noastre decât ale clientului. Mulţi terapeuţi au fost învăţaţi să citească „printre rânduri" pentru a descoperi „adevăratele" probleme ale clientului şi a construi „adevăratele" soluţii la acestea.

Dintr-o perspectivă constructivistă, problema îşi are originea în imaginea pe care o au oamenii despre realitate, şi nu în realitatea însăşi. Întrucât terapeutul şi pacientul pot

avea imagini diferite despre aceeaşi realitate, decizia terapeutului de a stabili singur *adevărata* problemă poate influenţa negativ relaţia terapeutică.

Există numeroşi clienţi decepţionaţi de precedentele lor experienţe terapeutice datorită faptului că, indiferent de obiectivele fixate de ei, terapeutul afirma că el este cel care cunoaşte cel mai bine adevărata problemă şi, prin urmare, obiectivul *real* al terapiei. Un astfel de exemplu ni-l furnizează O'Hanlon şi Weiner-Davis (1995) : „Am venit cu fiul nostru la terapie pentru a obţine câteva sfaturi deoarece comportamentul său ne creează probleme ; dar terapeutul anterior ne-a spus că, de fapt, noi suntem cei care avem o problemă conjugală şi că ar trebui să lucrăm mai degrabă asupra relaţiei noastre de cuplu. Acest fapt ne-a iritat şi nu ne-am mai dus la terapeut".

Soluţiile, rezultatele terapiei nu sunt produse statice, finite, ele se află într-o continuă construcţie. Transformarea afirmaţiilor, dorinţelor clienţilor în scopuri veritabile, eficiente, poate fi realizată prin raportarea acestora la criteriile menţionate. Întrebările pe care le adresăm lor declanşează un proces constructiv, iar construcţia finală, flexibilă, se realizează cu „materialul clienţilor". (Vezi tabelul nr. 2.)

Tabelul nr. 2 - *Criterii pentru un scop bine definit*
(adaptare după Walter şi Peller, 1992, p. 60)

Criteriu	Cuvinte-cheie	Întrebări
1. Formă pozitivă, afirmativă	„Altfel" „În locul"	„Ce vei face în loc de... ?" „Ce altceva vei face ?"
2. În termenii acţiunii	„Cum"	„Cum altfel te vei comporta ?"
3. În termenii „aici şi acum"	„Pe cale să..."	„Părăsindu-mi cabinetul acum şi fiind pe cale să-ţi rezolvi problema, ce anume vei face diferit, ce altceva diferit îţi vei spune ?"
4. Cât mai specific posibil	„Altceva...,altceva" „Mai specific..."	„Ce anume altceva vei face... ? ; Altceva... ? ; „Mai specific, ce anume vei face... ?"
5. În domeniul controlat de client	„Tu"	„Ce anume vei face tu când obiectivul va fi atins ?"
6. În limbajul clientului	Utilizează cuvintele clientului	

7.4. Interviul terapeutic centrat pe soluţie

1. ***Crearea colaborativă a unei noi realităţi psihologice***. Se utilizează termenul de „boală iatrogenă" pentru a desemna problemele medicale determinate sau agravate de abordarea terapeutică a medicului. M. Erickson utilizează termenul de „sănătate iatrogenă" - cu referire la starea de sănătate determinată sau favorizată de relaţia terapeutică : „În timp ce am citit numeroase articole asupra maladiilor iatrogene şi am asistat la

numeroase discuţii asupra acestui subiect, există ceva asupra căruia nu mi-a fost dat să citesc mare lucru – este vorba despre sănătatea iatrogenă. Sănătatea iatrogenă este o preocupare majoră, mult mai importantă decât maladia iatrogenă" (Rossi şi Ryan, 1986, p. 140).

Terapia centrată pe soluţie creează între terapeut şi client o realitate psihologică centrată pe aspectele pozitive care favorizează emergenţa „sănătăţii iatrogene".

Ca terapeuţi/consilieri influenţăm puternic, în cursul interviului, imaginea pe care clienţii noştri şi-o formează despre situaţia şi problemele lor. Ceea ce ne interesează, ceea ce ignorăm, felul în care formulăm întrebările, faptul de a întrerupe clientul sau de a rămâne tăcuţi, toate acestea influenţează imaginea pe care clientul şi-o construieşte despre situaţia sa.

De exemplu (O'Hanlon şi Weiner-Davis, 1995, p. 62), dacă o persoană spune „Nu am nici un control asupra a ceea ce trăiesc", terapeutul are mai multe alternative. El poate decide să rămână tăcut pentru a permite clientului să dezvolte această idee. Dar, de asemenea, poate decide să pună întrebări, iar alegerea întrebărilor pe care le va pune nu este ceva simplu. El poate solicita informaţii suplimentare asupra senzaţiei lipsei de control, adică să se intereseze de simptome, de data apariţiei lor etc... Aceste întrebări vor da problemei un anume aspect de gravitate. De asemenea, ar putea întreba *„Ce anume îţi dă impresia că lucrurile par greu de controlat ?"*. Această întrebare poate introduce o notă de incertitudine în definirea problemei. O altă posibilitate ar fi: *„Ce anume este diferit în zilele în care ai senzaţia că lucrurile se află sub controlul tău ?"*. Această întrebare implică ideea că există zile în care problema nu se manifestă.

Respectivele tipuri de întrebări vor antrena discuţia în direcţii diferite, se vor finaliza cu imagini diferite asupra situaţiei clientului şi cu obiective şi soluţii diferite.

Analogia cu ceea ce se întâmplă la tribunal ilustrează foarte bine cum interviul poate – în funcţie de obiectivele sale – să conducă la imagini uneori foarte diferite asupra aceleiaşi situaţii. Când avocatul apărării îşi interoghează clientul, el are interesul să evidenţieze faptele care-l pun într-o lumină cât mai favorabilă, sperând astfel să obţină un verdict favorabil. Vine apoi rândul procurorului care, şi el, pune întrebări asupra „faptelor", dar obiectivul lui este acela de a construi o cu totul altă imagine despre acuzat. Cele două imagini sunt deseori atât de diferite, încât ne putem întreba dacă ele se referă la aceeaşi persoană.

Adepţii terapiei centrate pe soluţie se consideră „avocaţi ai apărării". Întrebările lor evidenţiază punctele tari, aptitudinile şi resursele clienţilor. Formularea problemelor clientului se face în funcţie de procesul de evaluare a acestuia. Centrarea pe aspectele slabe, pe lipsuri şi insuccese va conduce la o anumită formulare a problemei, după cum centrarea pe resurse şi pe puncte tari se va finaliza cu o altă formulare. E suficient să observăm cum aceleaşi plângeri şi acuze conduc, în funcţie de opţiunile teoretice ale terapeuţilor, la diagnostice diferite, pentru a ne convinge de veridicitatea afirmaţiei anterioare.

Consecinţele acestor observaţii sunt interesante şi utile. Pornind de la datele brute referitoare la plângerile şi acuzele clienţilor, formularea problemei este „negociată" între terapeut şi client. Dacă problema este negociată, atunci, evident, terapeutul va negocia o problemă care să poată fi rezolvată, iar soluţiile acceptate în cursul acestei negocieri vor fi cele care pot să înglobeze cel mai bine schimbările pentru care clientul are resurse. Am amintit deja în paginile anterioare că sarcina principală a terapeutului este aceea [illegible]

a provoca clientul la descoperirea de alternative la formulările anterioare ale problemelor sau, după caz, a soluţiilor.

Terapia creează un context specific, care poate schimba imaginea persoanei despre situaţia sa şi, în consecinţă, comportamentul său. Exemplul următor poate ilustra bine această idee.

Să ne imaginăm un copil care a căzut şi s-a rănit uşor la genunchi. Imediat va căuta cu privirea în jur, pentru a vedea cum reacţionează părinţii sau alţi adulţi. Trebuie să se alarmeze? Dacă observă că oamenii din jur sunt îngrijoraţi, probabil va începe să plângă; dacă, dimpotrivă, este ridicat şi lovit uşor peste fund, va suspina puţin şi-şi va continua joaca.

În linii mari, situaţia terapeutică activează mecanisme asemănătoare. Dacă mesajele verbale sau non-verbale îi indică faptul că situaţia lui este gravă şi că trebuie, realmente, să fie îngrijorat de ceea ce se întâmplă, atunci el va trăi sentimente de nelinişte şi de depresie; dar dacă terapeutul „depatologizează" situaţia, „normalizează" problemele pacientului, atunci acesta va dezvolta alte reacţii afective şi comportamentale.

2. Modalităţi de construcţie a soluţiilor. Obiectivele primei şedinţe de terapie/consiliere sunt următoarele (O'Connell, 1998):

- formarea unei relaţii colaborative cu clientul;
- crearea unui climat favorabil schimbării;
- clarificarea obiectivelor terapiei;
- descoperirea resurselor clientului;
- formularea primelor prescripţii terapeutice.

Înainte de a veni la noi, este posibil ca pacientul să fi solicitat ajutorul şi altor terapeuţi. Insuccesele terapeutice pe care le-a trăit transformă, deseori, dificultatea, iniţial mică, într-o problemă gravă. De aceea terapeutul trebuie să exploreze cu atenţie acest domeniu. Insuccesele anterioare, abordate adecvat, pot fi transformate într-un feedback util, care poate evidenţia atât drumurile închise, cât şi resursele pacientului.

Schema care urmează evidenţiază direcţiile posibile pe care le poate explora interviul terapeutic (*cf.* Walter şi Peller, 1992, p. 64). (Vezi figura nr. 4.)

Această schiţă evidenţiază trei dintre principalele caracteristici ale terapiei centrate pe soluţie:

1. Centrarea pe aspectele pozitive, pe soluţie şi pe viitor facilitează schimbarea în direcţia dorită.
2. Excepţiile de la fiecare problemă pot fi create de terapeut şi client şi pot fi utilizate în construirea soluţiilor.
3. Schimbarea se manifestă tot timpul.

Conform acestei scheme, există mai multe căi de construcţie a soluţiilor:

(1) *De la scop la excepţii*: această cale este utilizată atunci când pacientul, răspunzând la întrebarea „Cu ce scop te-ai prezentat la terapie?", formulează scopuri care întrunesc criteriile unui scop bine definit, apoi identifică în istoria sa recentă manifestarea unor comportamente incluse în formulările scopului.

(2) *De la scop la soluţii ipotetice*: această cale este utilizată în cazul în care pacientul nu poate identifica excepţii, când afirmă că toate comportamentele-scop nu s-au manifestat deloc în istoria sa recentă sau că problema se manifestă tot timpul.

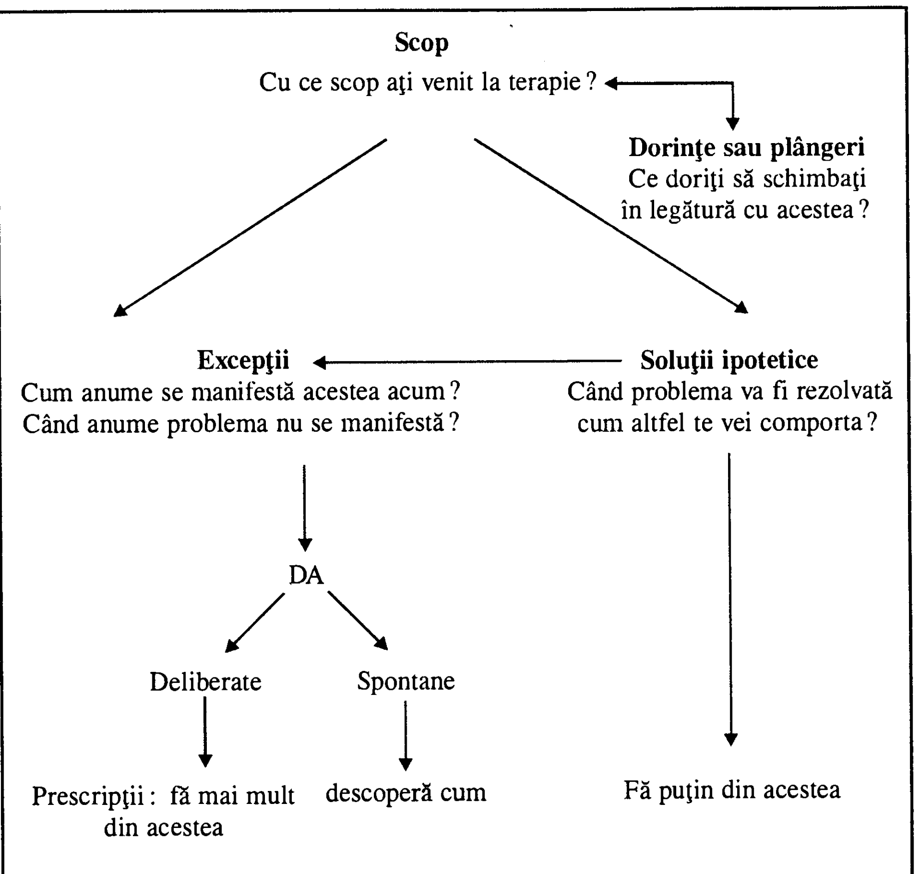


Figura nr. 4

În afara acestora, există alte două căi în care construcţia soluţiei porneşte nu de la scopuri – deoarece, în ciuda provocărilor iniţiale, clientul nu formulează încă scopuri clare –, ci de la formularea problemei.

(3) De la formularea problemei – la excepţii.

(4) De la formularea problemei – la soluţii ipotetice.

Aceste ultime căi sunt eficiente doar în măsura în care problema este formulată în termenii acţiunii, excepţiile sau soluţiile ipotetice fiind construite din acţiuni opuse acţiunilor-problemă.

➲ Exemplu :

„Când anume acţiunea-problemă nu se întâmplă ?".
„Când problema ta va dispărea, cum anume ***altfel*** *te vei comporta ?".*

Vom prezenta în continuare, conform schemei, fiecare etapă a interviului.

a) Dorinţe şi plângeri. La întrebarea „Cu ce scop v-aţi prezentat la terapie ?", clienţii răspund frecvent prin plângeri, acuze sau dorinţe. Acestea sunt afirmaţii sau negaţii puternic încărcate afectiv. Ele exprimă cum doreşte sau cum nu doreşte să se simtă clientul, dar nu ne informează cu nimic despre acţiunile care ar trebui iniţiate pentru a obţine sau a evita respectivele stări afective. Se întâmplă ca la întrebarea respectivă pacienţii să invoce un diagnostic psihiatric. Nici diagnosticul nu poate conduce la scopuri eficiente, deoarece diagnosticul este o etichetă pentru problemele pacientului ; eticheta diagnostică prezintă riscul identificării persoanei cu problema şi ne împiedică să identificăm resursele şi direcţia schimbării.

Pentru a transforma aceste plângeri sau acuze în scopuri, putem formula mai multe tipuri de întrebări :

- *„Îmi pare rău să aud cum se petrec lucrurile. Poţi să-mi spui ce vrei să schimbi în legătură cu aceasta ; cum altfel ai dori să te comporţi ?"*
- *„Îmi pare rău... Cum aş putea să te ajut în legătură cu aceasta ?"*
- *„Îmi pare rău... Poţi să-mi spui încă o dată ce rezultate aştepţi de la terapie ?"*
- *„Deşi s-ar putea să ţi se pară ciudat, poţi să-mi spui cum situaţia despre care îmi vorbeşti a devenit o problemă pentru tine ?".*

Primele trei întrebări solicită răspunsuri orientate pozitiv, spre soluţie, în timp ce ultima solicită o reformulare a problemei ; dacă la această ultimă întrebare pacientul descrie problema în termenii acţiunilor pe care el le face, atunci, evident, acţiunile cu sens contrar ar putea conduce la soluţie. În acest caz putem întreba în continuare : *„Deci, ce vei face în loc de... ?".*

b) Scopul. Răspunsurile la întrebările care au ca obiectiv transformarea dorinţelor sau acuzelor în scopuri trebuie confruntate cu criteriile unui scop bine definit. Dacă ele nu se conformează acestor criterii, terapeutul va continua interviul cu întrebări care să-l provoace pe client să enumere cât mai multe comportamente, realizate în contexte diferite şi a căror punere în act să aibă pentru el semnificaţia redobândirii „normalităţii".

În afara întrebărilor menţionate, cu ocazia descrierii criteriilor unui scop bine definit, putem utiliza şi alte întrebări orientate spre scop :

- *Cât timp crezi că va trebui să treacă pentru a te simţi mai bine ?*
- *De câte ori te aştepţi să ne întâlnim pentru a te simţi mai bine ?*
- *Cum vei şti că decizia de a te prezenta pentru terapie a fost o decizie bună ?*
- *Cum crezi că terapia te-ar putea ajuta ?*
- *Cum vei şti că lucrurile încep să meargă mai bine ?*

Răspunsurile referitoare la durata terapiei se pot transforma în predicţii ce se autoîmplinesc. Un pacient, elev în clasa a IV-a, care începea terapia în luna iunie, la întrebarea : „Cât timp va trebui să treacă până te vei simţi mai bine ?" mi-a răspuns : „Până în septembrie mă voi simţi bine, deoarece doresc să obţin rezultate bune la şcoală !". Şi aşa a fost !

c) De la excepţii la prescripţii (soluţii). Am amintit deja că schimbarea este continuă, excepţiile de la problemă sunt aproape inevitabile, iar clientul are tot ce-i trebuie pentru a-şi rezolva problemele. Interviul terapeutic îşi propune să facă toate acestea cât mai evidente pentru client. De aceea terapeutul utilizează o serie de întrebări care vehiculează, într-o manieră implicită, indirectă, aspecte pozitive, credinţa în resursele clientului. Aceste întrebări îi provoacă pe clienţi să-şi privească situaţia dintr-un alt unghi. De

exemplu, întrebarea *„Ai încetat să-ţi mai baţi copilul ?"* are, inevitabil, un caracter acuzator. Observaţi diferenţa pe care o introduce următoarea întrebare: *„Poţi să-mi vorbeşti despre momentele în care ai comunicat bine cu copilul tău ?"*. Această ultimă întrebare vehiculează o idee aflată la polul opus în raport cu cea sugerată de prima. Întrebările care conţin presupoziţii pozitive conduc clienţii în situaţia de a oferi răspunsuri autovalorizante. Prin însuşi faptul că ei răspund la astfel de întrebări, clienţii acceptă premisa implicită că schimbarea este inevitabilă.

O regulă simplă pentru construirea unor astfel de întrebări este aceea de a le formula într-o manieră deschisă, evitând întrebările la care se poate răspunde doar prin „Da" sau „Nu". În loc să întrebăm: *„Nu aţi făcut niciodată ceva care să funcţioneze, să meargă?"*, e bine să formulăm întrebarea astfel: *„Ce anume aţi făcut bine în trecut, ce succese aţi avut ?"*. Dacă prima întrebare vehiculează o anumită îndoială cu privire la succesele clientului, a doua, dimpotrivă, transmite certitudinea terapeutului în legătură cu resursele lui.

Drumul cel mai scurt către resurse şi soluţii îl reprezintă – aşa cum am subliniat până acum – identificarea excepţiilor.

Întrebaţi cu privire la excepţii, clienţii rămân deseori tăcuţi, absorbiţi în gândurile lor. Această tăcere se datorează, între altele, faptului că oamenii clasează evenimentele vieţii lor în *albe/negre*, *bune/rele*: „Gigel nu învaţă niciodată!"; „Soţul nu face niciodată proiecte referitoare la viaţa noastră comună!" etc.

O altă sursă a surprizei pacienţilor este faptul că ei se aşteaptă ca terapeutul să se intereseze de problemele, nu de succesele lor.

Un fapt observat relativ frecvent este apariţia unor schimbări pozitive în perioada dintre obţinerea primei programări la terapie şi şedinţa de psihoterapie. Deşi clienţii consideră aceste schimbări întâmplătoare, evidenţierea acestora favorizează crearea unui climat favorabil schimbării terapeutice. Weiner-Davis, Shazer şi Gingerich (1987), care au studiat schimbările intervenite în viaţa clienţilor în intervalul dintre programarea la terapie şi prima şedinţă, au raportat că două treimi dintre pacienţi au semnalat schimbări pozitive în acest interval. Ei au adresat clienţilor următoarele trei întrebări:

1. *„Deseori, între programare şi prima şedinţă de terapie, oamenii observă că lucrurile li se par diferite. Ce anume ai observat cu privire la propria ta situaţie?"*
2. Dacă au fost observate schimbări: *„Aceste schimbări sunt în legătură cu problema ta?"*
3. Dacă au fost observate schimbări: *„Acest fel de schimbări – care s-au produs – doreşti să continue să se producă?"*.

Aceiaşi autori notează că restul pacienţilor care nu semnalaseră schimbări înaintea terapiei au observat astfel de schimbări mai târziu, în cursul primei şedinţe. Existenţa acestor schimbări care precedă terapia evidenţiază şi mai pregnant ideea existenţei excepţiilor de la problemă. Este suficient ca terapeutul să utilizeze întrebări adecvate – deseori întrebări care conţin presupoziţia excepţiei – pentru a le evidenţia. Vom prezenta în continuare câteva tipuri de astfel de întrebări.

• *„Ce anume este diferit în momentele în care...* (te înţelegi bine cu soţul / soţia, Gigel merge la şcoală etc.) *?"*. Cu ajutorul acestei întrebări explorăm toate diferenţele dintre situaţiile în care problema se produce şi cele în care nu se produce. Există situaţii în care clienţii sunt incapabili să identifice chiar şi cea mai mică excepţie. În astfel de

cazuri este bine să ne arătăm puţin surprinşi, menţionând că majoritatea clienţilor raportează că nu întotdeauna problema are aceeaşi intensitate sau că sunt într-adevăr momente în care problema nu se manifestă. Pentru a stimula identificarea excepţiilor putem sugera unii factori care ar fi putut face lucrurile mai suportabile (de exemplu: vizita unui prieten, o excursie etc.).

Referitor la construcţia întrebării, trebuie să observăm două aspecte:

1. întrebarea vehiculează certitudinea existenţei unor diferenţe; noi nu întrebăm: *„Există momente în care...?"*, ci *„Ce diferenţe există între momentele în care...?"*;
2. obiectivul este exprimat totdeauna în termeni pozitivi: *„Când vă înţelegeţi bine..."*, şi nu *„Când nu vă certaţi..."*.

Când clienţii persistă în a nega existenţa unor momente în care problema nu se manifestă, putem căuta excepţiile apelând la întrebări care au ca scop identificarea celor mai bune momente ale situaţiilor dificile: *„Când anume acestea sunt mai puţin grave, mai puţin frecvente, mai puţin intense sau de mai scurtă durată ?"*. Putem face şi sugestii absurde pentru a evidenţia existenţa excepţiilor, întrebând de pildă: „Asta se întâmplă şi când dormiţi?".

• *„Cum aţi procedat pentru ca aceasta să se producă?"* Imediat ce clientul semnalează existenţa unei excepţii, întrebăm: *„Cum aţi procedat, ce anume aţi făcut pentru ca aceasta să se producă?"*. Răspunzând la această întrebare, clientul conştientizează mai bine şi-şi organizează mai eficient diverse comportamente pozitive. În plus, punând această întrebare, îl provocăm pe client să-şi asume responsabilitatea schimbărilor pozitive. Chiar dacă el neagă, la început, această atribuire spunând: „Nu am făcut nimic! Situaţia era pur şi simplu pregătită pentru schimbare", noi putem sugera: *„Probabil aţi făcut ceva care să fi pregătit această situaţie pentru schimbare. Ce anume ar putea fi?"*.

• *„În ce fel anume ziua în care (excepţia) se produce diferă de celelalte zile?"* Această întrebare vizează identificarea elementelor pozitive ale contextului spaţio-temporal.

• *„Cine altcineva a remarcat că... ?* (ai slăbit 5 kg, ţi-ai făcut temele, v-aţi înţeles bine în ultimul week-end etc.?) *Ce te face să crezi că schimbarea a fost observată ? Cum anume altfel s-a comportat sau ce ţi-a spus persoana care a observat că...?"*. Reacţiile pozitive ale persoanelor semnificative din jur sunt recompense care întreţin şi amplifică schimbările pozitive.

• *„Cum ai reuşit să pui capăt...* (mâniei, certurilor etc.)?". La o astfel de întrebare nu se răspunde uşor. Majoritatea oamenilor îşi amintesc mai bine cum a început o dispută şi mai puţin cum a fost ea rezolvată sau relativa linişte care a urmat. Într-un cuplu în care disputele sunt frecvente, acuza care alimentează cearta este deseori „Tu eşti cel care a început...!". Prin urmare, ne focalizăm atenţia mai degrabă asupra debutului problemei, considerând că sfârşitul ei se datorează unor cauze fireşti.

Întrebând o mamă care are frecvente certuri cu copilul său „Cum faci ca cearta să înceteze?", există o mare probabilitate să primim următorul răspuns: „După un timp,

complet exasperată, las lucrurile baltă şi mă comport ca şi cum el ar fi absent. Puţin timp după aceea el se opreşte". Deseori oamenii nu consideră ignorarea celorlalţi ca pe o soluţie, ci mai degrabă ca pe un fel de capitulare frustrantă. Acest punct de vedere ar putea fi modificat punând o întrebare de tipul următor : „Cum aţi ajuns să vă daţi seama că, pentru a rezolva această problemă, cea mai bună soluţie este să-l ignoraţi? Este într-adevăr un lucru extraordinar ! ". Chiar dacă persoana nu a ajuns la această soluţie intenţionat, întrebarea noastră o pune în situaţia autovalorizantă de a-şi asuma rezolvarea problemei.

• „*În ce fel maniera în care ai acţionat ultima dată diferă de felul în care ai putut face faţă unor situaţii similare...* (cu o săptămână, cu o lună... în urmă) ? ". Prin această întrebare evidenţiem apariţia unor comportamente pozitive „noi", care ar fi trecut neobservate dacă nu am fi focalizat atenţia clientului asupra lor. Astfel îl provocăm pe client să realizeze mai multe autoatribuiri pozitive, deşi rareori un comportament „nou" este, cu adevărat, în întregime nou.

• „*Ce faci pentru a te distra ? Cum îţi petreci timpul liber, ce anume te interesează cel mai mult?* ". Utilizând această întrebare, declanşăm o căutare şi în alte domenii a resurselor, aptitudinilor, deprinderilor, cunoştinţelor necesare rezolvării problemelor.

• „*Ai avut cumva această dificultate şi în trecut ? (dacă „Da") Cum ai rezolvat-o atunci ? De ce anume ai nevoie pentru a acţiona la fel ?* ". Cu această întrebare ne propunem să realizăm transferul soluţiilor trecute la problemele actuale. Mulţi oameni cred că, dacă problema a reapărut, soluţia utilizată a fost o falsă soluţie. Adevărul este că deseori problema reapare pentru că, după ce am rezolvat-o, redevenim în scurt timp prizonierii vechiului mod problematic de a gândi şi acţiona. Întrebarea menţionată le reaminteşte clienţilor soluţia utilă uitată !

După ce am identificat excepţiile, întrebarea firească este ce facem cu ele. Pentru ca excepţiile să conducă spre soluţii, ele trebuie să îndeplinească trei condiţii :

1. să fie formulate astfel încât să satisfacă criteriile unui scop bine definit ;
2. producerea lor să fie acceptată de client ca scop al terapiei ;
3. clientul să aibă credinţa că poate face ca ele să continue, să persiste.

Am amintit deja întrebările necesare provocării unor răspunsuri în termenii unui scop bine definit. De aceea, vom menţiona doar două întrebări pentru verificarea ultimelor două condiţii ale excepţiilor :

• „*Deci, dacă vei continua să faci toate aceste lucruri, vei considera că eşti pe cale să obţii ceea ce ţi-am propus venind la terapie ?* " ;

• „*Cum anume vei proceda pentru ca acestea (excepţiile) să continue să se manifeste ?* ".

d) ***Soluţia ipotetică***. Cadrul de referinţă al soluţiei ipotetice este utilizat atunci când pacientul are dificultăţi în găsirea unei perspective pozitive pentru formularea scopului sau când nu poate găsi excepţii, din cauză că rămâne centrat pe problemă. Pentru

identificarea soluţiilor ipotetice se pun întrebări orientate spre viitor, cu scopul de a-l provoca pe client să descrie cât mai clar şi mai specific posibil *ce* şi *cum* va fi viaţa lui după dispariţia problemei. Formula standard pentru provocarea soluţiilor ipotetice este aşa-numita „întrebare miracol" – formulată pentru prima dată de S. de Shazer (1988) :

„*Imaginează-ţi că într-o noapte, în timp ce dormi, se întâmplă un miracol şi problema despre care mi-ai vorbit dispare. Deoarece erai adormit, nu ai cum să ştii că miracolul a avut loc. Când te vei trezi, care vor fi pentru tine primele semne că miracolul s-a întâmplat ? Ce anume va fi diferit ?* ".

Această întrebare este similară tehnicii bilei de cristal utilizată de M. Erickson, în care el invita pacienţii să privească în viitor şi apoi să explice cum anume s-a întâmplat ceea ce s-a întâmplat. Deseori, Erickson invita clienţii să-şi imagineze o dată în calendar când lucrurile vor fi mai bune, apoi să revină dinspre acest viitor spre prezent, pentru a vedea ce anume s-a întâmplat pe parcurs.

Terapeutul ajută clientul să dezvolte răspunsuri la întrebarea-miracol, utilizând o ascultare activă, empatizând şi punând întrebări cu potenţial terapeutic. Iată câteva direcţii de acţiune :

• Invită clientul să descrie, în detaliu, prima zi după miracol şi explorează cum diferenţele, comportamentele noi din prima parte a zilei influenţează ce se întâmplă după-amiaza şi seara ;

• Pune întrebări pentru a identifica cum anume miracolul influenţează comportamentul celorlalte persoane.
- „*Care va fi prima persoană din familie care va observa că s-a întâmplat miracolul ? Cum va reacţiona ?* " ;
- „*Cum vei şti că cei din jurul tău au observat schimbările produse de miracol ?* " ;
- „*Cum anume se va comporta partenerul tău (soţ, soţie, colegi, prieteni etc.), după ce miracolul va fi avut loc ?* " ;
- „*Cum te vei simţi când vei face toate acestea ?* ".

• Utilizează diverse reformulări ale întrebării-miracol :

- „*Dacă vei merge mâine la lucru* (sau la şcoală, acasă ori în orice alt loc unde se manifestă problema) *şi toate problemele tale vor fi rezolvate, ce anume se va întâmpla ? Cum anume altfel te vei comporta ?* " ;
- „*Presupunând că ai putea relua de la început slujba (sau relaţia cu... sau orice altceva) ce ai dori să se întâmple ? Cum altfel te-ai comporta ?* " ;
- „*Dacă ai merge mâine la lucru (acasă, la şcoală etc.) şi situaţia care a determinat necazul tău va fi dispărut, ce crezi că ai observa ?* ".

Întrebarea-miracol este utilă şi în terapia familiei şi cuplului. Fiecare membru oferă versiunea sa despre cum ar fi viaţa lor fără problemă. Aceste răspunsuri pot fi utile celorlalţi membri ai familiei. Întrebarea-miracol poate fi combinată cu tehnica chestionării circulare ; astfel, clientul este provocat să anticipeze cum va răspunde alt membru al familiei la întrebarea-miracol. Întrebările de acest tip ar muta discuţia din domeniul blamului, al acuzelor reciproce într-un cadru de referinţă pozitiv.

Cu clienții-copii care transgresează ușor granița dintre real și imaginar și pentru care întâmplările fantastice din basme și filme sunt mult mai „reale" decât pentru adulți, putem utiliza următoarea variantă a întrebării-miracol: *„Dacă aş utiliza o baghetă magică cu care aş rezolva problema ta, cum altfel te vei comporta ? Ce anume vei face altfel decât până acum?"*. Copiii au, de asemenea, o bună capacitate de a juca diferite roluri. De aceea putem utiliza și o întrebare de tipul: *„Hai să ne prefacem că problema ta este rezolvată şi că ai fi mai norocos cu privire la... (relaţiile cu colegii de şcoală, note mai bune la învăţătură etc.) Ce anume vei face altfel decât până acum?"*.

Deoarece scopul terapiei este producerea unor schimbări comportamentale prezente, trebuie să stimulăm clientul să exploreze dacă nu cumva *soluțiile ipotetice* se manifestă deja în prezent: *„Povesteşte-mi, te rog, despre momentele în care,* ***uneori****, aceasta (soluţia ipotetică) se manifestă chiar* ***în mică măsură*** *în prezent!"*. Utilizând cuvintele ***„uneori"*** și ***„în mică măsură"***, este posibil să stimulăm clienții să identifice mai ușor excepțiile de la problemă. Dacă clienții reușesc să identifice aceste excepții (momentele în care *soluţia ipotetică* se manifestă deja), construcția soluției va trece din cadrul de referință al soluțiilor ipotetice în cel al excepțiilor.

Sunt autori (O'Hanlon și Weiner-Davis, 1995) care subliniază că, pentru identificarea soluției ipotetice, trebuie să utilizăm verbele mai degrabă la viitor, decât la condițional: *„Cum altfel te vei comporta când problema ta va dispărea?"* și nu *„Dacă problema ta ar dispărea cum altfel te-ai comporta?"*. Utilizând verbele la viitor, exprimăm certitudinea în legătură cu schimbările ce vor apărea și eliminăm orice îndoială pe care implicit o vehiculează construcțiile verbale ipotetice.

e) ***Prescripţii terapeutice****.* Conform schemei de construcție a soluțiilor, după identificarea excepțiilor sau a soluțiilor ipotetice, urmează stabilirea prescripțiilor terapeutice, prin a căror punere în act clientul își atinge scopurile pentru care s-a prezentat la terapie.

Principalele prescripții terapeutice sunt (Walter și Peller, 1992):

1. *Observă momentele pozitive*!
2. *Fă mai mult din comportamentele pozitive sau excepţii*!
3. *Descoperă cum apar excepţiile spontane*!
4. *Fă puţin din elementele soluţiei ipotetice*!

e_1) Observă momentele pozitive! Această prescripție are un caracter strict observativ și-și are originea în prescripția formulată de S. de Shazer și Molnar (1984): *„Între şedinta de azi şi întâlnirea noastră viitoare aş dori să observi ce anume se petrece în viaţa ta (căsnicie, familie etc.) şi ai dori să continue să se petreacă şi în viitor."*

Spun deseori pacienților mei că aștept de la ei *„Jurnalul evenimentelor pozitive"*. Sarcina poate fi formulată și mai specific, pentru a include unele elemente ale scopului deja formulat: *„Aş dori ca până data viitoare să observi momentele în care vorbeşti cursiv şi-ţi exprimi părerea atunci când ea diferă de opinia celorlalţi membri ai grupului."* Observați că, deocamdată, nu cerem clienților *să facă* ceva anume, să schimbe ceva în comportamentul lor. Ideea că *ar trebui să facă* ceva diferit ar putea activa o anume teamă de schimbare, în timp ce prescripția observativă pare un pas mai simplu de efectuat.

Punerea în practică a acestei prescripții se poate finaliza cu schimbarea imaginii clientului despre situația în care se află; el poate vedea acum și „partea plină a paharului". Și cum comportamentul este determinat de imaginea noastră despre realitate,

această schimbare poate atrage cu sine un ciclu al schimbărilor pozitive, care să-l apropie pe client de obiectivele propuse. În plus, centrarea pe viitor și pe aspectele pozitive creează atitudini sanogenetice care pot deveni predicții ce se autoîmplinesc.

e_2) Fă mai mult din comportamentele pozitive sau excepţii! (atunci când acestea sunt percepute ca deliberate și sub controlul clientului). Dacă interviul produce excepții de la problemă sau identifică manifestarea unor comportamente aflate în domeniul soluției – despre care clientul afirmă că le poate produce deliberat –, atunci instruim clientul să continue să producă aceste excepții și să observe ce se întâmplă. Pentru a stimula clientul să-și asume responsabilitatea și controlul excepțiilor identificate în cursul interviului, terapeutul trebuie să-i furnizeze acestuia un feedback pozitiv și să-l provoace prin întrebări de tipul:

„Cum ai hotărât să procedezi astfel ?";

„Cum explici ceea ce s-a întâmplat (momentele pozitive, excepţiile)?".

e_3) Descoperă cum apar excepţiile spontane! Această prescripție este, și ea, expresia principiilor centrării pe aspectele pozitive și a permanenței schimbării. Primind o astfel de prescripție, pacientul – la fel ca atunci când privește o imagine dublă – își schimbă perspectiva asupra situației sale: în loc să se centreze asupra problemei, se va centra asupra aspectelor pozitive. La fel cum centrarea pe problemă poate induce și agrava problema, centrarea pe aspectele pozitive și pe excepții poate declanșa și accentua evoluția pozitivă a clientului. Pentru a crea așteptări pozitive, prescripția poate lua următoarea formă:

„Deoarece oricând pot apărea momente în care te simţi bine, trebuie să fii mereu atent la ceea ce faci şi gândeşti pentru a te simţi bine; altfel nu vei putea să-mi spui cum anume au apărut aceste stări sau comportamente pozitive."

e_4) Fă puţin din elementele soluţiei ipotetice! Se poate întâmpla ca, în cursul interviului, să nu identificăm excepții de la problemă sau comportamente pozitive și singurele informații care să poată fi utilizate pentru continuarea terapiei să fie doar cele referitoare la soluțiile ipotetice. În același timp, nu putem trimite pacienții acasă spunându-le să practice soluțiile ipotetice, deoarece acestea – după cum am văzut – sunt încă de domeniul miracolului. De aceea trebuie să dezvoltăm cu clientul un proces de negociere și „experimentare". La întrebarea-miracol sau la variante ale acesteia, clientul enumeră o serie de comportamente a căror manifestare va semnifica pentru acesta dispariția problemei. Terapeutul trebuie să provoace descrieri cât mai detaliate ale acestui viitor fără probleme. Cu cât aceste descrieri sunt mai detaliate și cuprind comportamente mai variate, cu atât putem identifica mai ușor, împreună cu clientul, unul sau mai multe comportamente care să poată fi puse în act până la ședința următoare. Să presupunem că un elev – care are probleme cu colegii la școală – răspunde la întrebarea-miracol enumerând următoarele comportamente: „aș discuta cu colegii în timpul pauzelor, aș împrumuta cărți colegilor, mi-aș exprima ușor opinia atunci când ea diferă de cea a colegilor, i-aș invita pe unii dintre ei acasă, aș juca cu ei fotbal în timpul liber etc.". În acest caz, terapeutul poate întreba: *„Care din aceste comportamente crezi că ar putea fi puse în act, să le „experimentezi" până la viitoarea noastră întâlnire ?"*.

7.5. Intervenţii asupra schemelor comportamentelor – simptom

Terapia centrată pe soluţie îşi propune, între altele, schimbarea felului în care clienţii acţionează în situaţii percepute ca problematice. Oamenii devin, deseori, prizonierii unor stereotipuri comportamentale ineficiente ; referindu-se la acest fapt, psihanaliştii vorbesc despre compulsia la repetiţie, iar reprezentanţii Şcolii de la Palo Alto despre „soluţii ce menţin problema". Schimbările în felul de a acţiona pot antrena o schimbare în cadrul de referinţă al clienţilor şi, prin aceasta, pot evidenţia resurse noi uitate. În plus, o schimbare iniţială, chiar minoră, poate antrena un ciclu ulterior al schimbării, care să-l apropie pe client de obiectivul său.

Iată câteva tipuri de intervenţii propuse de O'Hanlon şi Weiner-Davis (1995) pentru modificarea schemelor comportamentelor-problemă. Multe dintre acestea îşi au originea în teoria şi practica terapeutice, promovate de M. Erickson şi reprezentanţii Şcolii de la Palo Alto :

a) modificarea frecvenţei sau ritmului ;
b) schimbarea organizării simptomului în timp ;
c) schimbarea locului de desfăşurare a simptomului ;
e) introducerea unui element nou în schema de desfăşurare a simptomului ;
f) schimbarea succesiunii elementelor sau a evenimentelor în schema de desfăşurare a simptomului ;
g) divizarea schemei simptomului în elemente mai mici ;
h) legarea desfăşurării simptomului de unele activităţi neplăcute.

7.6. Menţinerea şi amplificarea schimbării terapeutice

Am amintit deja că schimbarea se manifestă tot timpul ; sarcina terapiei este aceea de a orienta această schimbare într-un sens pozitiv, de a o menţine şi amplifica. Pentru atingerea acestui obiectiv, terapeutul/consilierul poate utiliza mai multe strategii (O'Connell, 1998). Strategiile pot fi concretizate într-un număr de întrebări care orientează comportamentul clientului spre atingerea scopului pentru care s-a prezentat la terapie :

- ***Strategii de menţinere*** : Ce anume trebuie să se întâmple pentru ca schimbările să continue să se manifeste ? Ce ar putea să împiedice manifestarea lor ? Cum ai putea depăşi aceste obstacole ? Ce ar merita să faci din nou (poate într-o formă uşor schimbată) ? Ce crezi că ar trebui să continue din tot ceea ce faci ? Care ar fi primul lucru pe care îl vei face de îndată ce vor apărea primele semne că problema se manifestă din nou ? Cine ar putea să te ajute să faci toate acestea ?
- ***Strategii de învăţare*** : „Cum te-ai hotărât să faci aceasta ? Ce ai învăţat din tot ce ai făcut până acum ? Ce ai învăţat să nu mai faci ? Ce faci pentru a rezista să nu mai faci acest lucru din nou ? Ce vei câştiga când vei abandona „falsele soluţii" ? Ce ai învăţat despre ceea ce ar trebui să faci în locul acestora ? Cum vei fi în stare să-ţi aminteşti ceea ce ai învăţat, dacă problema apare din nou ? Există vreo strategie pe care te gândeşti să o experimentezi ? Există anumite aspecte ale problemei pe care simţi că trebuie să le ignori şi altele pe care crezi că trebuie să le schimbi ? " ;

- ***Strategii de evaluare*** : „Consideri că această terapie te ajută ? Schimbările care apar sunt în direcţia dorită de tine ? Scopurile tale au rămas aceleaşi ori s-au modificat ? Ce ar trebuie să facem noi mai mult sau mai puţin ? Este ceva care lipseşte şi crezi că eu ar trebui să ştiu acest fapt ? Ce altceva ar trebui să ştiu pentru a te ajuta mai bine ? ".

Structura celei de-a doua şedinţe de terapie şi a următoarelor depinde de natura, importanţa şi magnitudinea schimbărilor raportate de clienţi. Simplificând situaţia, aplicând criteriul amintit, pacienţii pot fi împărţiţi în trei mari grupe (O'Hanlon şi Weiner-Davis, 1995) :

- *grupul „miracol"* ;
- *grupul „aşa şi aşa"* ;
- *grupul „la fel sau mai rău".*

Strategia adoptată în a doua şedinţă se realizează în funcţie de grupul în care se plasează clientul.

a) Grupul „miracol". Clienţii care fac parte din acest grup relatează în detaliu schimbările pozitive care s-au produs de la şedinţa precedentă. Terapeutul va utiliza adecvat întrebări aparţinând strategiilor de menţinere, de învăţare sau evaluare. De pildă, terapeutul poate întreba : *„Ce ar trebui să faci pentru ca aceste schimbări să continue să se manifeste ? ".* Pentru a explora eventualele dificultăţi privind continuarea comportamentelor pozitive, terapeutul va folosi întrebarea : *„S-ar putea produce ceva în săptămânile următoare care să pună sub semnul întrebării aceste schimbări pozitive ? ".* În cazul unui răspuns afirmativ, terapeutul va continua : *„Ce anume ar putea fi ? "* (se solicită descrieri detaliate), *„Cum **altfel** vei reacţiona de această dată ? ".*

b) Grupul „aşa şi aşa". Se poate întâmpla ca după întrebarea obişnuită *„Deci, ce lucruri pozitive s-au întâmplat în săptămâna care s-a scurs de la ultima noastră întâlnire ? "*, clientul să înceapă să vorbească despre momentele dificile pe care le-a avut. În astfel de cazuri, terapeutul/consilierul va întrerupe politicos clientul, asigurându-l că vor reveni asupra dificultăţilor mai târziu şi-l va invita să-i relateze aspectele pozitive, chiar aparent minore. Discutarea aspectelor pozitive creează un climat favorabil abordării ulterioare a momentelor dificile. În plus, clientul va învăţa că drumul cel mai scurt către soluţii îl reprezintă analiza reuşitelor lui, a momentelor pozitive pe care, într-un fel sau altul, le-a provocat. Revenind asupra momentelor dificile, putem evidenţia apariţia unor schimbări : *„Cum altfel decât până acum aţi făcut faţă acestor dificultăţi ? ".*

Cu pacienţii aparţinând acestui grup putem utiliza aşa-numitele *„întrebări scalare"* (*scaling questions*), dezvoltate de Centrul de Terapie Familială Scurtă (Shazer). Aceste întrebări sunt utile pentru identificarea, menţinerea şi amplificarea schimbărilor. Se cere clienţilor să evalueze, pe o scară de la unu la zece, situaţia lor înainte de debutul terapiei (sau când situaţia lor era dificilă). Apoi li se cere să evalueze starea lor din ultima săptămână cu ajutorul aceleiaşi scări. În sfârşit, sunt apoi întrebaţi ce notă i-ar mulţumi pentru săptămâna următoare. Această ultimă întrebare le permite clienţilor să realizeze că lucrurile nu trebuie să fie perfecte pentru a fi mulţumiţi.

Astfel, dacă un client evaluează starea lui înainte de începerea terapiei cu „2" şi cea din săptămâna trecută cu „6", el spune apoi că pentru a fi mulţumit ar trebui să-şi poată

da nota „8", putem continua: *„Poţi descoperi unul, două lucruri pe care ai putea să le faci săptămâna viitoare şi următoarea pentru a ajunge la nota 7?"*. Trebuie să ne asigurăm că răspunsurile clientului se referă la comportamente posibile, apoi formulăm următoarea prescripţie: *„Între întâlnirea de azi şi cea de săptămâna viitoare, remarcă şi notează toate lucrurile pe care le faci şi care te-ar putea determina să-ţi atribui nota 7."*

c) *Grupul „la fel sau mai rău"*. Când clienţii declară că lucrurile au rămas neschimbate – trebuie să ne amintim că schimbarea se manifestă tot timpul –; dacă ei afirmă că situaţia lor s-a înrăutăţit; este posibil ca doar unele elemente ale situaţiei lor să se fi agravat, în timp ce altele să fi avut o evoluţie pozitivă. De aceea, o descriere detaliată a evenimentelor din săptămâna precedentă este foarte utilă. Dacă situaţia terapeutică pare blocată, adoptând o perspectivă sistemică, trebuie să ne întrebăm dacă în cabinetul nostru se află persoana care trebuie; deseori familia, de pildă, „desemnează" pe unul din membrii săi drept purtătorul problemei, deşi acesta afirmă că el nu are nici o problemă. Pentru a provoca o schimbare terapeutică, trebuie să se acţioneze asupra persoanelor care percep şi trăiesc problema; ele sunt suficient de motivate pentru a se angaja într-un travaliu terapeutic eficient şi tot ele pot să ne semnaleze, corect, dacă terapia progresează sau nu.

Dacă terapia bate pasul pe loc, trebuie să ne întrebăm:

1. „Cine este clientul nostru?", „Cine se plânge şi de ce anume?", „Cine doreşte schimbarea?", „Cine percepe problema?";

2. „Care este obiectivul?", „Cum vom şti dacă l-am atins?".

Între riscurile pe care le implică terapia este şi cel care decurge din practicarea de către terapeut a unor „soluţii care menţin problema", adică perseverarea în aplicarea unor demersuri care nu s-au dovedit eficiente la primele încercări. În această situaţie trebuie să ne amintim ce spunea A. Watts (1966): „Problemele care rămân fără soluţie pe termen lung trebuie totdeauna să ne facă să ne gândim dacă nu cumva este vorba de o întrebare prost pusă".

Desigur că, dacă nu obţinem rezultatele aşteptate într-un timp rezonabil, noi sau clienţii noştri trebuie să luăm decizia de a ne opri.

Bibliografie

ALBARELLO, L. (1999), *Apprendre à chercher. L'acteur social et la recherche scientifique*, De Boeck & Larcier, Paris, Bruxelles
ALLPORT, G.W. (1981), *Structura şi dezvoltarea personalităţii*, EDP, Bucureşti
BANDLER, R. (1990), *Un cerveau pour changer*, InterEditions, Paris
BARRIER, G. (1996), *La communication non verbale*, ESF, Paris
BARBER, T.X. (1984), „Les pièges de la recherche", în MICHIELS-PHILIPPE, M.P., *L'observation.* Neuchâtel, Delachaux & Niestle, Paris
BAYLON, CH., MIGNOT, X. (2000), *Comunicarea*, Ed. Universităţii „Al.I. Cuza", Iaşi
BEAUGRAND, J.P. (1988), „Observation directe du comportement", în ROBERT, M. (ed.) (1988), *Fondements et étapes de la recherche scientifique en psychologie*, Saint-Hyacinthe, Edisem, Québec, Paris
BENONY, H., CHAHRAOUI, K. (1999), *L'entretien clinique*, Dunod, Paris
BERNARD, C. (1984), „De l'observation et de l'expérimentation", în MICHIELS-PHILIPPE, M.P., *L'observation*, Delachaux & Niestle, Neuchâtel, Paris
BERNAUD, J.-L. (1998), *Les méthodes d'évaluation de la personnalité*, Dunod, Paris
BOUVARD, M., COTTRAUX, J. (1996), *Protocoles et échelles d'évaluation en psychiatrie et en psychologie*, Masson, Paris, Milan, Barcelone
BREAKWELL, G.M., HAMMOND, S., FIFE-SCHAW (eds.) (1995), *Research Methods in Psychology*, Sage Publications Ltd., London
BUNGE, M. (1984), „L'observation", în MICHIELS-PHILIPPE, M.P., *L'observation*, Delachaux & Niestle, Neuchâtel, Paris
CAYROL, A., BARRERE, P. (1994), *La programmation neuro-linguistique (PNL)*, ESF, Paris
CĔLESTE, B. (1993), „Bases du développment", în GHIGLIONE, R., RICHARD, J.F. (1993), *Cours de psychologie. II. Bases, Méthodes, Epistémologie*, Dunod, Paris
CHELCEA, S. (1975), *Chestionarul în investigaţia sociologică*, Ed. Ştiinţifică şi Enciclopedică, Bucureşti
CHILAND, C. (coord.) (1992), *L'entretien clinique*, PUF, Paris
CICCONE, A. (1998), *L'observation clinique*, Dunod, Paris
CLONINGER, S.C. (1996), *La personnalité. Déscription, Dynamique, et Développment*, Flammarion, Paris
COLLETTE, A. (1985), *Introduction à la psychologie dynamique*, Ed. de l'Université de Bruxelles, Bruxelles
COSMOVICI, A. (coord.) (1972), *Metode pentru cunoaşterea personalităţii. Cu privire specială la elevi*, EDP, Bucureşti
COSMOVICI, A., CALUSCHI, M. (1985), *Adolescentul şi timpul său liber*, Junimea, Iaşi
COTTRAUX, J. (1990), *Les thérapies comportamentales et cognitives*, Masson, Paris, Milan, Barcelone, Mexico
COTTRAUX, J., BOUVARD, M., LÉGERON, P. (1985) *Méthodes et échelles d'évolution des comportements*, Ed. EAP, Issy-Les-Moulineaux

CRONBACH, L.J. (1970), *Essentials of Psychological Testing*, Harper International Edition, New York, Evanston, London

CUISINIER, F., WEIL-BARAIS, A., MOURAS, J.-R., GOTTESDIENER, H. (1997). „Construire des instruments d'observation", în WEIL-BARAIS, A. (ed.) (1997), *Les méthodes en psychologie*, Breal, Rosny

DAFINOIU, I. (2000), *Elemente de psihoterapie integrativă*, Polirom, Iaşi

DENZIN, N.K., LINCOLN, Y.S. (eds.) (1994), *Handbook of Qualitative Research*, Sage Publications Ltd., Thousand Oaks, London, New Delhi

DOVERO, M., GREBOT, E. (1992), *Enseigner, former, conseiller avec PNL*, ESF, Paris

DROZ, R. (1984), „Observation sur l'observation", în MICHIELS-PHILIPPE, M.P., *L'observation*, Delachaux & Niestle, Neuchâtel, Paris

DYER, C. (1995), *Beginning Research in Psychology*, Blackwell, London.

EDELSTEIN, B.A. (1991), „Clinical Training", în HERSEN, M., KAZDIN, A.E., BELLACK, A.S. (eds.) (1991), *The Clinical Psychology Handbook*, Pergamon Press, New York, Oxford, Tokyo, Toronto

EGAN, G. (1990), *Exercises in Helping Skills. A Training Manual to Accompany The Skilled Helper*, Books/Cole Publishing Company, Pacific Grove, California

FANQUE, C., PASCHOUD, J. (1984), „Exemples d'observation non participante, non provoquée", în MICHIELS-PHILIPPE, M.P., *L'observation*, Delachaux & Niestle, Neuchâtel, Paris

FÈVRE, L., SOTO, G. (1995), *Guide du praticien en PNL*, Chronique Sociale, Lyon

FINK, A. (1995), *How to Ask Survey Questions*, Sage Publications Ltd., Thousand Oaks, California, London, New Delhi

FINN, ST.E., BUTCHER, J.N. (1991), „Clinical Objective Personality Assesment", în HERSEN, M., KAZDIN, A.E., BELLACK, A.S. (eds.) (1991), *The Clinical Psychology Handbook*, Pergamon Press, New York, Oxford, Tokio, Toronto

FREUD, S. (1980), *Introducere în psihanaliză. Prelegeri de psihanaliză. Psihologia vieţii cotidiene*, EDP, Bucureşti

GELSO, C.J., CARTER, J.A. (1994), „Components of the psychotherapy relationship: their interaction and unfolding during treatment", în *Journal of Counseling Psychology*, vol. 41, nr. 3, pp. 196-306

GHIGLIONE, R., MATALON, B. (1985), *Les enquêtes sociologiques. Théorie et pratique*, Armand Colin, Paris

GHIGLIONE, R., RICHARD, J.F. (1993), *Cours de psychologie. II. Bases, Méthodes, Epistémologie*, Dunod, Paris

GOLDSTEIN, G., HEARSEN, M. (1990), *Handbook of Psychological Assessment*, Pergamon Press, New York

GRAWITZ, M. (1993), *Méthodes de sciences sociales*, Dalloz, Paris

GREENBERG, S.L. (1994), „What is «Real» in the Relationship? Comment on Gelso and Carter (1994)", în *Journal of Counseling Psychology*, nr. 41, pp. 307-309

GUILLAUMIN, J. (1965), *La dynamique de l'examen psychologique*, PUF, Paris

GUITTET, A. (1990), *L'entretien*, ESF, Paris

HARGIE, O.D.W. (1997), *The Handbook Communication Skills*, Routledge, London & New York

HATZFELD, H., SPIELGESTEIN, J. (2000), *Méthodologie de l'observation sociale. Comprendre, évaluer, agir*, Dunod, Paris

HAWTON, K., SALKOVSKIS, P.M., KIRK, J., CLARK, M.D. (1991), *Cognitive Behavior Therapy for Psychiatric Problems. A Practical Guide*, University Press, Oxford, New York, Tokio, Oxford

HAYNES, ST.N. (1990), „Behavioral Assessment of Adults", în GOLDSTEIN, G., HEARSEN, M. (1990), *Handbook of Psychological Assessment*, Pergamon Press, New York

HAYNES, ST.N. (1991), „Behavioral Assessment", în HERSEN, M., KAZDIN, A.E., BELLACK, A.S. (eds.) (1991), *The Clinical Psychology Handbook*, Pergamon Press, New York, Oxford, Tokyo, Toronto

HERSEN, M., KAZDIN, A.E., BELLACK, A.S. (eds.) (1991), *The Clinical Psychology Handbook*, Pergamon Press, New York, Oxford, Tokio, Toronto

HILL, C.E., O'Brain, K.M. (1999), *Helping Skills: facilitating exploration, insight, and action*, American Psychological Association, Washington

HUDSON O'HANLON, W., WEINER-DAVIS, M. (1995), *L'orientation vers les solutions. Une approche nouvelle en psychotherapie*, SATAS, Bruxelles

HYMAN, H.T. (ed.) (1975), *Interviewing in Social Research*, The University of Chicago Press, Chicago & London

IONESCU, G, BEJAT, M., PAVELCU, V. (1985), *Psihologie clinică*, Ed. Academiei, Bucureşti

IVEY, A.E., SIMEK-DOWNING, L. (1980), *Counseling and Psychotherapy: Skills, Theories, and Practice*, Prentice-Hall Inc., Englewood Cliffs, New Jersey

KIRK, J. (1991), „Cognitive-behavioural assesment", în HAWTON, K., SALKOVSKIS, P.M., KIRK, J., CLARK, M.D. (1991). *Cognitive Behavior Therapy for Psychiatric Problems. A Practical Guide*, Oxford University Press, Oxford, N.Y., Tokio

KLINE, P. (1993), *The Handbook of Psychological Testing*, Routledge, London and New York

LANYON, R.I., GOODSTEIN, L.D. (1997), *Personality Assesment*, John Wiley & Sons, Inc., New York

LAPLANCHE, J., PONTALIS, J.B. (1994), *Vocabularul psihanalizei*, Humanitas, Bucureşti

LAYOLE, G. (1982), *La conduite d'entretiens*, Les Éditions d'Organisation, Paris

LAZARUS, A.A. (1998), „La thérapie multimodale: éclectisme méthodique et intégration minimale", în NORCROSS, J.C., GOLDFRIED, M.R. (eds.), *Psychothérapie intégrative*, Desclée de Brouwer, Paris

MAHER, B.A. (1991), „A Personal History of Clinical Psychology", în HERSEN, M., KAZDIN, A.E., BELLACK, A.S. (eds.) (1991), *The Clinical Psychology Handbook*, Pergamon Press, New York, Oxford, Tokyo, Toronto

MARCUS, S. (1997), *Empatie şi personalitate*, Atos, Bucureşti

MATALON, B. (1993), „L'expérimentation et l'observation", în GHIGLIONE, R., RICHARD, J.F. (1993), *Cours de psychologie. II. Bases, Méthodes, Epistémologie*, Dunod, Paris

MAY, T. (1997), *Social Research. Issues, methods and process*, Open University Press, Buckingham, Philadelphia

MICHIELS-PHILIPPE, M.-P. (ed.) (1984), *L'observation*, Delachaux & Niestlé, Neuchâtel, Paris

MIRABEL-SARRON, CH., RIVIÈRE, B. (1993), *Précis de thérapie cognitive*, Dunod, Paris

MIRABEL-SARRON, CH., VERA, L. (1995), *L'entretien en thérapie comportamentale et cognitive*, Dunod, Paris

MORO, M.R. (1993). „Les méthodes cliniques", în GHIGLIONE, R., RICHARD, J.F. (1993), *Cours de psychologie. II. Bases,Méthodes, Epistémologie*, Dunod, Paris

MOULIN, M. (1992), *L'examen psychologique en milieu professionnel*, PUF, Paris

MUCCHIELLI, R. (1974), *L'observation psychologique et psychosociologique*, ESF, Paris

MUCCHIELLI, R. (1994), *L'entretien de face à face dans la relation d'aide*, ESF, Paris

MURPHY, K.R., DAVIDSHOFER, CH.O. (1994), *Psychological Testing. Principles and Applications*, Simon & Schuster, Englewood Cliffs, New Jersey

O'CONNELL, B. (1998), *Solution-Focused Therapy*, Sage Publications Ltd., London, Thousand Oaks, New Delhi

O'CONNOR, J., SEYMOUR, J. (1995), *Introduction à la PNL*, Vigot, Paris

OTHMER, E., OTHMER, S.C. (1994), *The Clinical Interview using DSM-IV. Vol. 1: Fundamentals*, American Psychiatric Press Inc., Washington

PATTON, M.Q. (1990), *Qualitative Evaluation and Research Methods*, Sage Publications Ltd., Newbury Park, London, New Delhi

PERRON-BORELLI, M., PERRON, R. (1973), *L'examen psychologique de l'enfant*, PUF, Paris

PIAGET, J. (1973), *Naşterea inteligenţei la copil*, EDP, Bucureşti

POUSSIN, G. (1992), *La pratique de l'entretien clinique*, Privat, Toulouse

QUIVY, R., VAN CAMPENHOUDT, L. (1995), *Manuel de recherche en sciences sociales*, Dunod, Paris

REMY, J. (1990), „L'analyse structurale et la symbolique sociale", în REMY, J., RUQUOY, D., *Méthodes d'analyse de contenu et sociologie*, Faculté Universitaire Saint-Louis, Bruxelles

REMY, J., RUQUOY, D. (eds.) (1990), *Méthodes d'analyse de contenu et sociologie*, Faculté Universitaire Saint-Louis, Bruxelles

REUCHLIN, M. (1992), *Introduction à la recherche en psychologie*, Nathan, Paris

ROBERT, M. (ed.) (1988), *Fondements et étapes de la recherche scientifique en psychologie*, Saint-Hyacinthe, Edisem, Québec, Paris

ROGERS, C. (1968), *Le développement de la personne*, Dunod, Paris

ROGERS, C. (1974), *La relation d'aide et la psychothérapie*, ESF, Paris

ROSENHAN, D.L. (1988). „Être sain dans un environnement malade", în WATZLAWICK, P., *Invention de la réalité*, Seuil, Paris

ROŞCA, M. (1972), *Metode de psihodiagnostic*, EDP, Bucureşti

RUQUOY, D. (1990), „Les principes et procédés méthodologiques de l'analyse structurale", în REMY, J., RUQUOY, D., *Méthodes d'analyse de contenu et sociologie*, Faculté Universitaire Saint-Louis, Bruxelles

SAMUEL-LAJEUNESSE, B., *et.al.* (1998), *Manuel de thérapie comportamentale et cognitive*, Dunod, Paris

SEXTON, L.T., WHISTON, S.C. (1994), „The status of the counseling relationship ; an empirical review, theoretical implications, and research directions", în *The Counseling Psychologist*, vol. 22, nr. 1, Sage Periodicals Press, London, New Delhi

SHAZER, S. de (1985), *Keys to solution in brief therapy*, W.W. Norton & Company, New York, London

SHEA, S.C. (1990), „Contemporary Psychiatric Interwieving: Integration of DSM - III, Psychodinamic Concerns, and Mental Status" în GOLDSTEIN, G., HEARSEN, M. (1990), *Handbook of Psychological Assessment*, Pergamon Press, New York

SIMON, L.J. (1969), *Basic Research Methods in Social Science*, Random House, New York

TRAVERSO, V. (1999), *L'analyse des conversations*, Nathan, Paris

WALTER, J.L., PELLER, J.E. (1992), *Becoming Solution - Focused in Brief-Therapy*, Brunner/Mazel Inc., New York

WATZLAWICK, P. (1990), „Therapy is what you say it is", în J.K. ZEIG, S.G. GILLIGAN, *Brief therapy. Myths, methods and metaphors*, Brunner/Mazel Inc., New York

WATZLAWICK, P. (ed.) (1988), *L'invention de la réalité*, Seuil, Paris

WEIL-BARAIS, A. (1997), „Le codage et l'analyse des corps", în WEIL-BARAIS, A. (ed.) (1997), *Les méthodes en psychologie*, Breal, Rosny

WEIL-BARAIS, A. (ed.) (1997), *Les méthodes en psychologie*, Breal, Rosny

WEINER, I.B. (1991), „Theoretical Foundation of Clinical Psychology", în HERSEN, M., KAZDIN, A.E., BELLACK, A.S. (eds.) (1991), *The Clinical Psychology Handbook*, Pergamon Press, New York, Oxford, Tokyo, Toronto

WIENS, A.N. (1990), „Structural Clinical Interviews for Adults", în GOLDSTEIN, G., HEARSEN, M. (1990), *Handbook of Psychological Assessment*, Pergamon Press, New York

WIENS, A.N. (1991), „Diagnostic Interviewing", în HERSEN, M., KAZDIN, A.E., BELLACK, A.S. (eds.) (1991), *The Clinical Psychology Handbook*, Pergamon Press, New York, Oxford, Tokyo, Toronto

ZASTROW, CH. (1989), *The Practice of Social Work*, The Dorsey Press, Chicago

ZEIG, J.K., GILLIGAN, S.G. (eds.) (1990), *Brief Therapy. Myths, Methods and Metaphors*, Brunner/Mazel Inc., New York

Collegium. Psihologie

au apărut :

Adrian Neculau (coord.) - *Psihologie socială. Aspecte contemporane*

Andrei Cosmovici - *Psihologie generală*

W. Doise, J.-C. Deschamps, G. Mugny - *Psihologie socială experimentală*

Adrian Neculau, Gilles Ferréol (coord.) - *Minoritari, marginali, excluşi*

Constantin Cucoş - *Minciună, contrafacere, simulare. O abordare psihopedagogică*

Mielu Zlate (coord.) - *Psihologia vieţii cotidiene*

R.Y. Bourhis, J.-P. Leyens (coord.) - *Stereotipuri, discriminare şi relaţii intergrupuri*

Serge Moscovici - *Psihologia socială sau maşina de fabricat zei*

Adrian Neculau (coord.) - *Câmpul universitar şi actorii săi*

Adrian Neculau (coord.) - *Psihologia câmpului social. Reprezentările sociale*

J. Barus-Michel, F. Giust-Desprairies, Luc Ridel - *Crize. Abordare psihosocială clinică*

Andrei Cosmovici, Luminiţa Iacob (coord.) - *Psihologie şcolară*

Şerban Ionescu - *Paisprezece abordări în psihopatologie*

Serge Moscovici (coord.) - *Psihologia socială a relaţiilor cu celălalt*

Willem Doise, Gabriel Mugny - *Psihologie socială şi dezvoltare cognitivă*

Ana Stoica-Constantin, Adrian Neculau (coord.) - *Psihosociologia rezolvării conflictului*

André Sirota - *Conduite perverse în grup*

Adrian Neculau, G. Ferréol (coord.) - *Psihosociologia schimbării*

Mircea Miclea - *Psihologie cognitivă. Modele teoretico-experimentale*

Mielu Zlate - *Psihologia mecanismelor cognitive*

Gilles Ferréol (coord.) - *Identitatea, cetăţenia şi legăturile sociale*

Mielu Zlate - *Introducere în psihologie*

Ion Dafinoiu - *Elemente de psihoterapie integrativă*

Eva Drozda-Senkowska - *Psihologia socială experimentală*

Cornel Havârneanu - *Cunoaşterea psihologică a persoanei. Posibilităţi de utilizare a computerului în psihologia aplicată*

Steve Duck – *Psihologia relațiilor interumane. Teorie, concepte și noțiuni fundamentale*

Valentin Clocotici, Aurel Stan – *Statistică aplicată în psihologie*

Gilles Ferréol (coord.) – *Adolescenții și toxicomania*

Adrian Neculau (coord.) – *Analiza și intervenția în grupuri și organizații*

Pierre De Visscher, Adrian Neculau (coord.) – *Dinamica grupurilor. Texte de bază*

Mihaela Roco – *Creativitate și inteligență emoțională*

Jean Delacour – *Introducere în neuroștiințele cognitive*

Ion Dafinoiu – *Personalitatea. Metode de abordare clinică : observația și interviul*

în pregătire :

Septimiu Chelcea – *Un secol de cercetări în psihosociologie*

Aurel Stan – *Testul psihologic. Evoluție, construcție, aplicații*

Dan Goglează – *Întâlnire cu un psihoterapeut în practica schimbării. Exemple, cazuri, soluții, comentarii*

www.polirom.ro

Coperta : Manuela Oboroceanu
Redactor : Lidia Ciocoiu
Tehnoredactor : Ioana Mariniuc

Bun de tipar : ianuarie 2002. Apărut : 2002
Editura Polirom, B-dul Copou nr. 4 • P.O. Box 266, 6600, Iași
Tel. & Fax (032) 21.41.00 ; (032) 21.41.11 ;
(032) 21.74.40 (difuzare) ; E-mail : office@polirom.ro
B-dul I.C. Brătianu nr. 6, et. 7 • P.O. Box 1-728, 70700, București ;
Tel. : (01) 313.89.78, E-mail : polirom@dnt.ro

Tiparul executat la S.C. LUMINA TIPO s.r.l.
str. Luigi Galvani nr. 20 bis, sect. 2, București
Tel./Fax : 211.32.60, 212.29.27, E-mail : lumina-lex@fx.ro